ETUDE

SUR LA

PLEURESIE DIAPHRAGMATIQUE

ÉTUDE

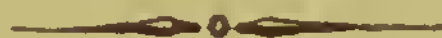
SUR LA

PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE

PAR

Le Dr G. HERMIL,

Interne des hôpitaux de Paris,
Ancien interne de la Maternité de l'hôpital Cochin et des hôpitaux de Grenoble.



PARIS
V. ADRIEN DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1879

ÉTUDE

SUR LA

PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE

INTRODUCTION

Le sujet que nous avons choisi pour notre thèse inaugurale n'est pas nouveau assurément; la pleurésie diaphragmatique, confondue jusqu'au commencement de ce siècle avec des affections diverses où le délire était le symptôme dominant et avec l'inflammation du diaphragme lui-même, a été l'objet, en France et à l'étranger, de travaux remarquables, parmi lesquels nous citerons surtout ceux de Laënnec, Andral, Gueneau de Mussy, William Stone, etc. Les auteurs classiques qui ont traité des maladies des organes respiratoires accordent tous une mention spéciale à la localisation de la pleurésie dans la région diaphragmatique. Quelques thèses soutenues sur ce sujet et un certain nombre d'observations publiées dans les divers recueils de Médecine permettent de compléter l'histoire de cette affection.

Toutefois, si nous passons en revue ces différents écrits,

nous constatons que l'importance attachée à cette variété de pleurésie relativement à sa gravité et à sa fréquence est loin d'être la même pour tous les auteurs ; tandis que pour les uns, en effet, cette maladie se montre rarement et se termine presque toujours d'une manière funeste, pour les autres, au contraire, sa fréquence serait assez grande, elle pourrait même être méconnue dans les cas légers et la plupart du temps elle aurait une issue favorable.

En présence d'opinions si opposées, émises par des hommes dont le nom seul fait autorité en médecine et appuyées sur leur observation clinique, une plus longue expérience que la nôtre serait utile pour découvrir ce qui se trouve le plus en rapport avec la généralité des faits.

Il nous a paru, toutefois, intéressant de réunir dans notre thèse, qui sera surtout un travail d'ensemble sur la pleurésie diaphragmatique, le plus grand nombre de documents relatifs à cette affection, de mettre en parallèle les différentes opinions, de grouper les cas publiés jusqu'à ce jour, en les joignant à ceux qui nous ont été communiqués et à ceux qu'il nous a été donné d'observer nous-même, et d'en déduire des indications surtout relativement à la fréquence de cette maladie et à sa gravité, si discutée jusqu'à présent.

Nous nous proposons donc, après avoir donné un aperçu historique de la question et avoir indiqué les causes et les lésions anatomiques de cette variété de pleurésie, de faire une étude complète des symptômes donnés comme caractéristiques et de décrire ensuite une forme bénigne de la maladie, dans laquelle quelques symptômes peuvent faire défaut, dont la marche est rapide et la terminaison favorable et qui même, pour certains auteurs pourrait passer inaperçue; nous insisterons sur le diagnostic qui peut présenter parfois des difficultés et nous donnerons quel-

ques indications sur le traitement, après avoir examiné les complications et surtout la terminaison et le pronostic de cette affection.

Avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance à un de nos maîtres, M. le docteur Bucquoy, qui a bien voulu nous aider de ses conseils éclairés et en même temps, de remercier sincèrement nos excellents collègues ou amis qui ont eu l'obligeance de mettre à notre disposition certaines observations inédites qui figurent dons le cours de ce travail.

HISTORIQUE

L'histoire de la pleurésie diaphragmatique peut se partager en deux périodes bien distinctes, si l'on ne considère que les différents noms qui ont été donnés successivement à cette affection et le siége qui lui a été attribué. Dans une première période, qui se termine à peu près au commencement de notre siècle, les auteurs connaissaient assurément et décrivaient les lésions anatomiques et les principaux symptômes de cette pleurésie partielle, mais en la désignant sous les noms de Phrénésie, Paraphrénésie, Diaphragmatite, Diaphragmite, en plaçant le siége de l'inflammation dans le muscle diaphragme lui-même et la confondant souvent dans leurs descriptions avec les affections des organes voisins ou même d'organes éloignés.

Au commencement du siècle, les magnifiques recherches de Bichat sur les membranes séreuses attirèrent l'attention sur les phlegmasies de la plèvre, et c'est surtout de cette époque que date la deuxième période, dans laquelle Laënnec, Andral, Gueneau de Mussy, etc. attribuent à la plèvre diaphragmatique la part qui lui revient dans la maladie

dont nous allons nous occuper et font cesser la confusion qui existait jusqu'alors.

Les auteurs anciens, qui, les premiers ont employé le mot de paraphrénésie (Paraphrenitis) désignaient sous ce nom plusieurs affections différentes comme siége mais qui avaient entre elles un symptôme commun, le délire. C'est ainsi qu'ils définirent sous ce nom, tantôt l'inflammation de la séreuse qui tapisse le diaphragme du côté de la poitrine ou du côté de l'abdomen, tantôt l'inflammation du diaphragme lui-même ou des organes voisins, thoraciques ou abdominaux, parfois même celle du cerveau et de ses membranes. Hippocrate (1) cité par Van Swieten, décrit sous le nom de phrénésie (Phrenitis) l'inflammation du diaphragme, mais il a soin d'avertir que « la phrénésie peut être causée par d'autres maladies » et il ajoute qu'elle doit être traitée comme la péripneumonie. Œlginète et Trallien, toujours d'après le même auteur, parlent également de la phrénésie qui survient, non dans les affections de la tête, mais dans celles du diaphragme, phrénésie symptomatique, qui pour eux, se distingue surtout, par la gêne de la respiration de la phrénésie vraie ou délire aigu avec fièvre intense dépendant d'une affection primitive du cerveau ou de ses membranes.

Celse, dans son traité « De medicina » (2), n'etablit pas cette distinction et décrit seulement la phrénésie vraie ou démence aiguë accompagnée de fièvre.

Rufus d'Ephèse, contemporain de Galien, paraît avoir employé le premier le mot de paraphrénésie (3); il écrit que la cloison membraneuse qui sépare les organes de la poitrine des organes abdominaux s'appelle διαφραγμα ou

(1) Hippocrate. De Morb., lib. III, cap. IX.
(2) Celse. De medicina; lib. III, cap. XVIII.
(3) Rufus d'Ephèse. De corpor. human. appell., lib. I.

φρενες (de φρήν, esprit, quelques philosophes grecs de l'antiquité plaçant dans le diaphragme le siége même de l'âme), et il ajoute que le mot de phrénitis devait être donné à l'inflammation du diaphragme par la seule raison qu'il est d'usage, quand on veut désigner l'inflammation d'un organe de faire suivre le nom de l'organe de la terminaison *itis* : mais comme on désignait déjà sous ce nom une autre affection fébrile du cerveau avec délire furieux et continu, on a donné à la première le nom de paraphrénitis seulement pour les distinguer l'une de l'autre et non pas pour indiquer que la paraphrénésie est une phrénésie de peu d'intensité, comme la préposition *para* pourrait le faire croire.

Galien (1), dans un chapitre intitulé « Des phrénitis qui dépendent de l'encéphale et de celles qui tiennent à l'inflammation du diaphragme », divise les phrénitis en diverses espèces suivant qu'elles sont sous l'influence de fièvres ardentes, de pleurésies, de pneumonies ou d'affections du cerveau ; il ajoute qu'aucun organe enflammé ne cause un délire continu, sinon le diaphragme et c'est pour cela que, d'après lui, les anciens avaient donné au diaphragme le nom de φρενες, en raison des troubles de l'intelligence provoqués par l'inflammation de cette cloison. Il donne les caractères de la respiration dans cette affection et indique la rétraction de l'hypochondre dont il fait un phénomène de début.

On peut voir que jusqu'à cette époque le diaphragme seul est en cause ; les différents auteurs qui ont écrit sur la question jusqu'au commencement du XVIIIe siècle, auteurs dont les noms sont rapportés par Joseph Frank,

(1) Galien. De locis affectis ; lib. V, cap. V. Traduction Daremberg, 2e vol.

continuent à employer les noms anciens de phrénésie et de paraphrénésie et assignent toujours le même siége à cette maladie.

Boerhaave (1) le premier, dans ses aphorismes parus en 1709, entrevoit l'erreur de ses devanciers et donne toujours sous le nom de paraphrénésie, il est vrai, une description assez complète de l'affection qui nous occupe : « Si une maladie semblable à la pleurésie, dit-il, occupe cette partie de la plèvre qui recouvre le diaphragme ou le diaphragme lui-même, il en résulte une maladie cruelle que l'on appelle la paraphrénésie, laquelle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément ; cependant on la méconnaît souvent quand elle a lieu, on la néglige ou on la traite sous le nom d'une autre maladie. »

Huxam (2), l'un des plus grande praticiens et un des meilleurs observateurs d'Angleterre, à propos des pleurésies, admet non-seulement l'inflammation primitive de la membrane supérieure du diaphragme, ou continuation de la plèvre, mais aussi l'inflammation consécutive ou secondaire ; il la désigne encore sous le nom de paraphrénésie et en donne les principaux symptômes.

Morgagni (3) donne une observation de pleuropneumonie avec paraphrénésie dans laquelle le diaphragme, la plèvre diaphragmatique et la pie-mère furent trouvées enflammées; mais il ne fait pas nécessairement dépendre le délire d'une lésion de ce muscle ou de son inflammation ; il cite deux observations du Sepulchretum ; dans l'une on trouva le diaphragme en suppuration, après du délire, et dans l'autre, ce muscle attaqué d'une inflammation grave après une phrénésie,

(1) Boerhaave. Aphorism. de cognosc. et curand. morbis, 1709.
(2) Huxam. Essai sur les fièvres, 1747.
(3) Morgagni. De sedibus et causis morborum. Epist. VII, 1760.

Lieutaud (1), à propos de l'inflammation du diaphragme, rapporte trois observations empruntées à De Haen, Bonet et Blasius, observations dans lesquelles on retrouve les symptômes et les lésions de la pleurésie diaphragmatique; et dans un autre ouvrage (2), il consacre quelques lignes à la paraphrénésie, maladie dans laquelle, à l'ouverture des cadavres, on constate de l'inflammation de la plèvre sur la face convexe du diaphragme.

Van Swieten, dans ses commentaires sur Boerhaave (3) admet l'inflammation de la membrane pleurale qui recouvre le diaphragme, toujours sous le nom de paraphrénésie, et il s'étend longuement sur l'interprétation des symptômes donnés par Boerhaave.

Selle (4), dans un chapitre intitulé : Inflammatio diaphragmatis, donne les principaux symptômes de l'affection à laquelle on a conservé, sans raison valable, le nom de paraphrénésie et qu'il propose, le premier, de remplacer avec avantage par celui de diaphragmatite que Sagar change en diaphragmite.

Cullen (5) et son traducteur Bosquillon admettent l'inflammation de la partie de la plèvre qui recouvre le diaphragme.

Stoll (6) donne comme cas de diaphragmite deux observations très-complètes de pleurésie diaphragmatique, très-nettement caractérisées comme symptômes, et comme lésions trouvées à l'autopsie.

Portal (7), au commencement du siècle, à l'article *dia-*

(1) Lieutaud. Historia anatom. medica, 1767, vol. II, p. 95.
(2) Lieutaud. Synopsis medicæ, 1770.
(3) Van Swieten Commentaria in aphor. Boerh, vol. III, 1771.
(4) Selle. Rudimenta pyretologiæ, p. 130.
(5) Cullen. Eléments de médecine pratique, 1783.
(6) Stoll. Radio medendi, 1787, p. 375.
(7) Portal. Anatomie médicale, 1803, 2e et 5e vol.

phragme de son anatomie médicale, écrit que l'inflammation de cette cloison est plus commune qu'on ne le croit et qu'elle est presque toujours compliquée de celle des viscères qui sont placés au-dessus dans la poitrine ou au-dessous dans le bas-ventre. « On pourrait même dire, ajoute-t-il, qu'il est pas rare qu'il n'en soit pas ainsi. »

Pierre Frank (1) donne une description assez complète de la diaphragmite en indiquant un grand nombre de symptômes que l'on rattache actuellement à la pleurésie diaphragmatique; il paraît douter de l'existence de l'affection qu'il décrit et qui, par lui, est confondue avec la pleurésie et avec la péritonite.

Nous arrivons à la fin de cette longue énumération que nous avons jugée nécessaire, afin de faire voir par quelles phases successives avait passé, dans une première période, l'étude de cette maladie avant de parvenir à être localisée, par les auteurs que nous allons citer, à la plèvre, son véritable siége.

Laënnec, dans la première édition de son *Traité de l'auscultation médiate* (1819), décrit les pleurésies circonscrites dont il donne surtout l'anatomie pathologique; pour lui, la pleurésie diaphragmatique est assez rare.

Les auteurs du *Dictionnaire des sciences médicales* en 60 volumes, à l'article *paraphrénésie*, se demandent si cette maladie est une pleurésie, une péritonite ou une phlegmasie de la partie musculeuse du diaphragme; ils paraissent se ranger à cette dernière opinion, tout en reconnaissant qu'elle existe rarement seule et sans complications.

Boffinton (2) attribue à la diaphragmite les symptômes

(1) Pierre Frank. De cur. hominum morbis epitome, 1812, lib. II, p. 179.

(2) Boffinton. Maladies du diaphragme. Thèse Paris, 1822.

de l'inflammation pleurale et en fait une maladie toujours mortelle.

Andral (1) est le premier qui ait publié des observations sous le nom de pleurésie diaphragmatique qui, pour lui, peut exister isolée ou coïncider avec une inflammation du reste de la séreuse. Il fait suivre ses cinq observations, qu'on trouve reproduites dans ses cliniques (2), de réflexions et d'un résumé des symptômes qu'il groupe en trois classes.

Laënnec, dans sa deuxième édition (1826), explique le mode de formation des épanchements partiels; il considère la pleurésie diaphragmatique comme un cas peu grave en général. « La meilleure preuve que je puisse en apporter, dit-il, c'est qu'il est fort rare de rencontrer ce cas pathologique à l'ouverture des cadavres, tandis qu'il ne l'est nullement de rencontrer les traces de la guérison de ces pleurésies partielles. On trouve, en effet, assez souvent des adhérences anciennes qui unissent le diaphragme au poumon, le reste de la plèvre étant tout à fait libre. »

Boisseau (3) admet l'inflammation de la plèvre diaphragmatique, tout en décrivant également la diaphragmite.

Joseph Frank (4) adopte encore les idées des anciens auteurs qu'il énumère d'une façon très-complète ; il décrit la pleurésie diaphragmatique, toujours sous le nom de diaphragmite, malgré les travaux d'Andral, cités par lui.

Monneret et Fleury, dans le *Compendium*, consacrent un article à la phlegmasie de la plèvre diaphragmatique, article où ils reproduisent les symptômes donnés par Andral.

(1) Andral. Archives de médecine, 1823, octobre.
(2) Andral. Clinique médicale, 2e vol. 1824.
(3) Boisseau. Nosographie organique, 1828, 2e vol., p. 546.
(4) Joseph Frank. Pathologie médicale, 4e vol., p. 371.

Mehliss (1), à propos de la diaphragmite, la considère comme une maladie rare; pour lui, l'inflammation n'envahit que l'enveloppe séreuse et ce n'est que secondairement que le diaphragme peut être enflammé.

Gueneau de Mussy, en 1853, publie dans les *Archives de médecine* une étude remarquable sur la pleurésie diaphragmatique, surtout au point de vue clinique; il insiste sur les douleurs si caractéristiques dont il détermine le siége exact et considère cette pleurésie comme une affection grave.

A partir de cette époque, une nouvelle impulsion est donnée à la question.

Boillet (*thèse de Paris*, 1855) cherche à expliquer la paralysie du diaphragme qui survient dans cette maladie.

William Stone (2) rapporte trois cas de pleurite diaphragmatique qu'il rapproche des cinq cas d'Andral et d'un cas du docteur Graves (3) et il attire l'attention sur les symptômes gastriques et cérébraux.

Duchenne (de Boulogne) (4) indique d'une façon précise les signes de la paralysie du diaphragme, paralysie déjà signalée par Stokes dans cette affection.

Kaufmann (5), dans son *Étude sur les maladies du diaphragme*, donne une description assez détaillée de la pleurésie diaphragmatique en insistant sur le diagnostic.

Walshe (6) consacre un article à l'étude de cette affection et recherche les causes de la douleur; il la regarde comme très-fréquente.

(1) Mehliss. Maladies du diaphragme chez l'homme, 1845.
(2) William Stone. Medical Times and Gazette, 1857, 2e semestre.
(3) Graves. Clinique médicale, traduction Jaccoud, 1863, 2e vol.
(4) Duchenne. Electrisation localisée, 1861.
(5) Kaufmann. Deutsche klinik. Berlin, 1865.
(6) Walshe. Maladies de poitrine. trad. Fonssagrives, p. 351.

M. le professeur Peter publie, en 1871, dans les *Archives*, un travail sur la névralgie diaphragmatique, où il établit que c'est à la névrite concomitante du nerf phrénique que la pleurésie diaphragmatique doit sa douleur, parfoi si cruelle; pour lui, cette affection est plus fréquente qu'on ne croit et beaucoup plus bénigne que ne l'ont faite les auteurs qui ne la diagnostiquaient que dans ses cas excessifs et la méconnaissaient dans ses cas légers.

En dehors de ces nombreux travaux et pour compléter notre énumération, nous citerons encore les auteurs classiques : Grisolle, pour qui cette pleurésie se termine fréquemment d'une manière funeste ; Hardy et Béhier, Jaccoud qui consacrent tous une mention particulière à cette affection; les observations de Morand, de Mahé, les thèses de Deloire, Laporte, Robin et surtout de Dubois, dont nous ne saurions trop faire l'éloge ; le travail de Hayden, dans le *Journal de Dublin;* dans le *Lyon médical*, celui de Laroyenne dans lequel il appelle l'attention sur la fréquence de la pleurésie diaphragmatique, consécutive à la péritonite aiguë généralisée, et enfin un mémoire sur les pleurésies purulentes diaphragmatiques qui vient d'être publié, par M. Gueneau de Mussy, dans les *Archives de médecine* (juillet 1879).

ETIOLOGIE ET FRÉQUENCE.

Les causes de la pleurésie diaphragmatique peuvent être d'une manière générale, confondues avec celles de toutes les pleurésies ; pour la pleurésie diaphragmatique primitive, c'est-à-dire survenant au milieu d'un état de bonne santé, le refroidissement paraît être la cause la plus fréquente, refroidissement agissant surtout quand le corps

est en sueur. Les traumatismes, les coups portés à la base du thorax, les plaies pénétrantes de la poitrine et de l'abdomen, plaies intéressant le diaphragme, ont été aussi invoquées. Ces causes pourraient expliquer, ainsi que cela résulte des observations que nous avons pu rassembler, la prédominance très-marquée de cette affection chez l'homme et surtout chez l'homme adulte; nous n'avons, en effet, trouvé que deux cas seulement chez l'enfant (obs. XLV et LV) et aucun cas bien net n'a été observé chez le vieillard. Graves (obs. LV) rapporte une observation précisément chez une petite fille de huit ans, convalescente d'un rhumatisme, et dans laquelle il donne, comme cause, une grande frayeur éprouvée par cette enfant menacée par une malade en délire; ne peut-on pas penser plutôt qu'à ce moment elle a pu être saisie par le froid en cherchant à échapper à cette femme.

Relativement au côté affecté, nous avons, sur un relevé de 59 cas, trouvé 20 fois la pleurésie à droite, 23 fois à gauche, et 16 fois la pleurésie double avec prédominance à droite dans 11 cas.

Pour la pleurésie secondaire ou pleurésie survenant dans le cours d'une maladie inflammatoire ou pendant le cours d'une maladie chronique, les lésions tuberculeuses paraissent jouer un grand rôle dans l'étiologie, et quand la maladie se développe sous cette influence, elle a presque toujours une terminaison funeste.

Notre excellent collègue, M. Chauffard, interne des hôpitaux, a bien voulu nous communiquer une observation très-intéressante de pleurésie diaphragmatique gauche (obs. XXXIX), survenue chez un tuberculeux une dizaine de jours environ après l'apparition d'un pneumothorax et terminée par la mort. La pleurésie secondaire peut survenir également chez des sujets ayant déjà éprouvé des attaques

de rhumatisme ou bien dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu ; et dans ces cas elle est souvent double, elle évolue rapidement et se termine ordinairement par la guérison.

Citons également sans nous y arrêter l'influence de la constitution médicale régnante, invoquée par Joseph Frank, les diaphragmites épidémiques observées par Sagar en 1770 et par Bœrhens, en 1819, à Barmeni, et dont les descriptions peuvent plutôt être rapportées à des fièvres typhoïdes à forme inflammatoire. Mais il existe d'autres causes plus spéciales à la pleurésie diaphragmatique et qui dépendent du siége particulier de cette inflammation : elle peut en effet succéder à une pleurésie costo-pulmonaire ou à une pneumonie de la base, et, dans ces cas, l'apparition soudaine des signes caractéristiques mettra sur la voie de l'affection. L'inflammation du muscle diaphragme (ou diaphragmite que M. Fernet décrit dans le Dictionnaire de médecine pratique, mais sur l'existence de laquelle il émet des doutes) peut s'étendre à la séreuse qui le recouvre ; le diaphragme alors n'est généralement qu'un intermédiaire, et ce sont surtout les maladies inflammatoires et mieux les kystes, les abcès ou les productions cancéreuses des viscères abdominaux (estomac, foie, rate), qui sont le point de départ de la phlegmasie. Dans trois observations dont nous donnons le résumé (obs. XI, XV et XVI), et qui sont dues à Laporte, Dubois et Guenau de Mussy, l'affection s'est développée à la suite d'une suppression brusque des règles sous l'influence d'un refroidissement et dans les trois cas, la guérison a été rapide.

Il nous reste enfin à signaler la péritonite limitée à la partie supérieure de l'abdomen ou généralisée comme une cause très-fréquente de pleurésie diaphragmatique. Dans un cas publié par M. Peter (obs. LVIII), le point de départ

de la péritonite était une épididymite blennorrhagique suivie d'inflammation de la vésicule séminale ; dans l'observation de Cuffer (obs. LVII), la péritonite survint à la suite du débridement d'un retrécissement fibreux du rectum et l'autopsie démontra l'existence d'une lymphangite purulente diaphragmatique. Foix, dans sa thèse, cite un cas de pleurésie diaphragmatique double succédant à une péritonite circonscrite à la partie supérieure de l'abdomen (obs. LXII).

Pitres (obs. LIX et Lancereaux (obs. LXI) ont également donné, le premier une observation de pleurésie diaphragmatique consécutive à uue péritonite puerpérale, et le second un cas de lymphangite utérine puerpérale propagée au péritoine, à la plèvre et au péricarde ; la maladie s'est toujours terminée par la mort. L'attention a été attirée dans ces dernières années sur ce mode de propagation ; Charrier (Thèse, Paris, 1855), en relatant une épidémie observée à la Maternité, signale déjà la coexistence fréquente de cette pleurésie et de la péritonite puerpérale. M. Hervieux l'admet également. Les travaux de Hilton Fagge (1), de Foix (2), et surtout de Laroyenne (3), de Coyne (4), en établissent la pathogénie d'une façon certaine. Pour Laroyenne, le développement de la pleurésie diaphragmatique est de règle dans la péritonite aiguë généralisée de cause puerpérale ou autre ; la transmission se fait par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, et, dans certains cas, on peut suivre à la loupe les traînées linéaires purulentes allant du péritoine à la plèvre à travers les faisceaux musculaires et conjonctifs du diaphragme. Pour

(1) Hilton Fagge. Guy's hospital reports, 1879, vol. XIX.
(2) Foix. Thèse Paris, 1874.
(3) Laroyenne. Lyon médical, 1877.
(4) Coyne. Bulletin médical du Nord, 1877.

Coyne, il y a deux modes d'envahissement de la séreuse pleurale; ou bien un abcès péritonéal peut amener la perforation du diaphragme par le mécanisme qui préside à l'extension d'un abcès, ou bien les voies de propagation sont représentées par les voies lymphatiques et c'est une lymphangite purulente qui amène le développement d'une pleurésie purulente.

Les signes propres à la pleurésie diaphragmatique devront donc toujours être recherchés avec soin quand on se trouvera en présence d'une péritonite; c'est, en effet, dans ces cas qu'elle peut passer inaperçue ou du moins être méconnue un certain temps.

La pleurésie diaphragmatique peut être considérée comme une maladie relativement peu fréquente, mais plus fréquente cependant que ne le croyaient les anciens.

Pour Laënnec, pour Andral, elle n'est pas un cas rare. Gueneau de Mussy est du même avis, et aussi M. le professeur Peter pour lequel elle est très-fréquente. Nous avons pu rassembler 62 observations de pleurésie diaphragmatique parmi lesquelles une quarantaine avaient été publiées, soit parce qu'elles avaient présenté des particularités intéressantes, soit parce qu'elles avaient été suivies de mort; les cas de pleurésie à forme bénigne ne sont généralement pas publiés par les observateurs et c'est peut-être à cela qu'il faut attribuer l'opinion qu'on a généralement sur la fréquence et sur la gravité de cette maladie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les autopsies de pleurésies exactement limitées à la région diaphragmatique et dégagées de toute complication ont été très-rarement pratiquées, cette affection n'étant pas

mortelle dans ces conditions ; comme dans toutes les pleurésies, on a décrit un premier degré constituant la pleurésie sèche avec dépoli et sécheresse de la plèvre, injection du tissu vasculaire, surface tomenteuse et villosités sur la face diaphragmatique et la plèvre pulmonaire correspondante; dans un second degré ou période de sécrétion fibrineuse, les deux portions contiguës de la plèvre sont fortement injectées et recouvertes d'exsudations qui s'étendent de l'une à l'autre; ces exsudations peuvent acquérir une épaisseur considérable allant jusqu'à 3 et 4 centimètres. Elles sont ordinairement très-consistantes, de couleur blanc grisâtre, comme couenneuses et lardacées ; dans une observation de Béhier (Gaz. hôp., 1854, p. 56), elles étaient épaisses, rouges, très-vasculaires et ressemblant parfaitement à des crêtes de coq. C'est surtout dans ces cas que les deux feuillets de la plèvre diaphragmatique et de la plèvre pulmonaire contractent des adhérences rencontrées si souvent dans les autopsies de sujets succombant à une affection quelconque et qui rendent quelquefois difficile la séparation sans déchirure du poumon et du diaphragme.

Ces adhérences si fréquentes avaient attiré l'attention de Laënnec (auscultation médiate, 1826) et lui avaient fait considérer la pleurésie diaphragmatique comme une affection peu grave. Ajoutons à cela que l'existence de ces adhérences anciennes dans beaucoup de cas vient à l'appui de l'opinion de M. Andral pour lequel cette phlegmasie peut exister sans être annoncée par aucun symptôme caractéristique, de M. Gueneau de Mussy (Cliniques) et de M. Peter (Archives 1871) qui considèrent cette affection comme réquente dans ses formes bénignes et pouvant passer inaperçue.

Mais il est, relativement aux adhérences du diaphragme, un autre point très-important sous le rapport pratique et

que M. le professeur Jaccoud vient de mettre en relief dans une communication récente faite à l'Académie de médecine (1).

Dans les cas cités par lui, en effet, les deux plèvres pulmonaire et diaphragmatique étaient non-seulement adhérentes, mais le diaphragme était aussi maintenu par des adhérences, le fixant à la face interne des six ou sept dernières côtes surtout aux parties antérieures et latérales de la poitrine d'où possibilité, dans une ponction pratiquée au point généralement conseillé, de plonger le trocart dans la cavité abdominale à travers le diaphragme fixé en élévation.

Enfin, si l'exsudation est très-abondante, la pleurésie diaphragmatique peut s'accompagner d'épanchement séro-fibrineux, purulent ou hémorrhagique suivant les circonstances qui lui auront donné naissance ou les conditions particulières où se trouve le sujet.

C'est ainsi que les pleurésies succédant à des péritonites ou à des affections des viscères abdominaux s'accompagnent en général d'épanchement purulent ; le liquide est au contraire sanguinolent quand l'affection survient chez des alcooliques, tuberculeux et cancéreux, ainsi que Moutard-Martin en a cité des exemples (thèse Paris, pages 108, 128, 131 et 148), ou bien encore chez des cirrhotiques (Morand, obs. LVI).

L'épanchement peut être exactement circonscrit dans la région diaphragmatique où il est maintenu par des fausses membranes plus ou moins épaisses et résistantes, et la pleurésie prend alors le nom de pleurésie enkystée. Laënnec indique deux modes de développement de ces pleurésies circonscrites. « Pour lui l'inflammation peut se

(1) Tribune médicale, 1879 (nº 559 et suivants).

développer dans une plèvre dont les feuillets ont déjà contracté des adhérences, mais cela plus difficilement et plus rarement que dans une plèvre saine ; ou bien elle peut se former sans qu'il y ait d'adhérences anciennes comme cela arrive dans les pleurésies très-légères, et particulièrement dans celles qui accompagnent une pneumonie où il arrive souvent qu'il n'y a d'exsudation pseudo-membraneuse que sur les bords tranchants du poumon et de ses scissures ; si la fausse membrane s'étend un peu au-delà, elle est partout ailleurs d'une extrême ténuité, tandis que sur les bords mêmes elle forme une espèce de filet d'un blanc jaunâtre plus ou moins opaque. Ces filets pseudo-membraneux venant à s'agglutiner aux parties opposées de la plèvre parce que l'épanchement séreux est alors presque nul, si au bout de quelques jours, il survient une recrudescence d'inflammation, cette inflammation et l'épanchement qui en résulte se circonscrivent quelquefois dans la partie de la plèvre cernée par l'agglutination dont nous venons de parler. »

Les épanchements enkystés trouvés à l'autopsie sont généralement purulents. Cette variété peut, d'après Gueneau de Mussy, (Archives, juillet 1879) se résorber en grande partie et on trouve dans ce cas un liquide puriforme renfermé dans un étui cartilagineux qui offre parfois une grande épaisseur ; d'après ses observations, dans les épanchements anciens, les leucocytes disparaissent ; ils subissent une dégénérescence graisseuse et s'émulsionnent dans la sérosité qui les portait et sur laquelle s'est probablement exercé le travail d'absorption qui a réduit l'épanchement à un volume aussi restreint.

C'est dans ces cas de pleurésie enkystée que l'on trouve la base du poumon refoulée en haut, le diaphragme et par suite les organes situés au-dessous repoussés vers la cavité

abdominale : l'épanchement peut en outre s'étendre au-delà de la région diaphragmatique et remonter plus ou moins haut dans la cavité thoracique.

L'état du poumon est variable ; on le trouve recouvert d'une coque pseudo-membraneuse d'épaisseur plus ou moins grande ; quand il a été refoulé par l'épanchement, sa partie inférieure est en état d'atélectasie ; sa base peut, d'après Laënnec, être creusée de telle sorte qu'au premier aspect on serait tenté de croire qu'il est corrodé ; mais si, après avoir évacué le pus, on enlève la fausse membrane qui tapisse le foyer de l'épanchement, on reconnaît que le poumon est simplement refoulé, et que la plèvre même est intacte. Le poumon peut être perforé et il peut exister une communication entres les bronches et la cavité où s'est produit l'épanchement.

Les altérations rencontrées dans le diaphragme sont moins nombreuses depuis qu'on place le siége de l'inflammation dans la plèvre même et non dans le muscle. C'est ainsi que les auteurs anciens, cités par Joseph Frank, l'ont décrit recouvert de fausses membranes très-épaisses (Pierre Franck), adhérent à la base du poumon (Hoffmann, Stoll), au foie (Bartholini, Morgagni), à la rate (Winslow), à l'aorte devenue anévrysmatique (Morgagni), atteint d'ulcérations (Amatus, Lieutaud, Meckel), de taches gangréneuses (Morgagni), de concrétions terreuses (Walter, Winslow), de tumeurs diverses (Lieutaud) et d'hydatides (Bartholini), affecté d'hydropisie (Pohl), cartilagineux (Screiber), osseux (Morgagni), et marqué de pétéchies (Stoll). De Haen a vu le diaphragme si violemment enflammé qu'il eût été impossible de le rendre plus rouge à l'aide d'une injection artificielle et cela, soit dans une grande étendue de sa portion musculeuse, soit dans toute la partie aponévrotique. On voit par cette longue énumération, que

ces différentes altérations ne peuvent être mises que sur le compte de la séreuse diaphragmatique elle-même enflammée à des degrés divers ou bien sur le compte des organes voisins.

Le muscle diaphragme peut cependant être le siége de lésions inflammatoires ou de dégénérescences ; on a cité également des cas de perforation surtout fréquentes après la propagation à la plèvre d'une affection du péritoine ou d'un organe abdominal, ainsi que cela peut survenir à la suite d'une rupture de kyste, de l'ouverture d'un abcès sous-diaphragmatique (Hilton Fagge et thèse de Foix).

Dans le cas de perforation citée par Andral (obs. XLII) et survenue chez un tuberculeux, il y avait un large foyer purulent à la fois dans la poitrine et dans l'abdomen ; le diaphragme présentait une perforation d'un pouce et demi de diamètre environ à travers laquelle le pus, qui très-vraisemblablement s'était d'abord formé dans la plèvre, avait passé pour pénétrer dans l'abdomen.

Les bords de la perforation étaient lisses et mousses, comme si elle existait déjà depuis un certain temps.

L'inflammation du muscle diaphragme, toujours secondaire, est caractérisée par de la rougeur, par de l'injection des vaisseaux sanguins plus développés que d'ordinaire : sur la pièce présentée par Cuffer à la Société anatomique (obs. LVII), l'examen histologique du diaphragme fait par M. Coyne permit de constater que les vaisseaux lymphatiques établissant une communication entre la plèvre et le péritoine étaient épaissis, et ils étaient remplis par des caillots fibrino-purulents indiquant bien une lymphangite purulente diaphragmatique.

M. Lancereaux (obs. LXI) a rencontré dans un cas la portion gauche du diaphragme ecchymosée et friable et altérée sur ses deux faces ; enfin M. Duchenne (de Bou-

logne) (Electris. localisée, 1861, page 717), chez un individu où il y avait eu paralysie du diaphragme à la suite d'une pleurésie diaphragmatique purulente gauche, a trouvé le tissu musculaire sous-jacent à des fausses membranes molles, d'une coloration jaune orangé qui était la même à la face péritonéale ; cette décoloration du diaphragme contrastait d'une manière frappante avec la coloration rouge à peu près normale du diaphragme du côté opposé. L'examen microscopique fait par M. Mandl démontra que le diaphragme était entièrement dégénéré à gauche ; on n'y voyait plus ni stries transversales, ni fibres longitudinales ; il ne restait de ses fibres musculaires qu'un assemblage de granulations.

Le nerf phrénique a rarement été examiné ; M. Lancereaux (obs. LXI) a trouvé le nerf phrénique gauche manifestement injecté dans un cas, mais il y avait en même temps coexistence de péricardite.

Mahé, dans une de ses observations (obs. XLVIII), a pu suivre le nerf phrénique gauche englobé dans un énorme exsudat fibrineux, mais sans pouvoir vérifier jusqu'à quel point il était altéré.

Notre excellent ami, le Dr Balzer, nous a dit avoir recherché histologiquement dans un cas de pleurésie diaphragmatique les modifications dont ce nerf pouvait être le siége et n'être arrivé à aucun résultat positif.

Dans l'observation de notre collègue Chauffard (observation XXXIX) où il y eut paralysie unilalérale du diaphragme, l'examen du phrénique du côté malade a été pratiqué avec le plus grand soin comparativement au phrénique du côté sain, et n'a pu faire constater aucune altération ; quelques fibres musculaires du diaphragme seulement avaient subi la dégénérescence circuse, mais la lésion était

très-limitée et incapable de rendre compte de la paralysie observée pendant la vie du malade.

SYMPTOMATOLOGIE ET MARCHE DE L'AFFECTION.

Le mode de début de la pleurésie diaphragmatique est variable. Dans la pleurésie primitive, c'est-à-dire se développant au milieu d'un état de bonne santé, le premier signe est un *frisson* le plus souvent peu intense et passager, d'autres fois accompagné de claquements de dents et pouvant avoir une durée de près de deux heures.

Ce frisson manque rarement ; il se renouvelle quelquefois et est ordinairement suivi de sueurs abondantes et des symptômes habituels d'un état fébrile plus ou moins marqué.

Dans la pleurésie diaphragmatique secondaire, survenant dans le cours d'une affection aiguë ou chronique, péritonite, tuberculose, etc., le début, annoncé quelquefois par un redoublement de fièvre ou même par un frisson, peut aussi passer inaperçu, et ce n'est que par l'apparition des douleurs et des signes caractéristiques que l'on sera mis sur la voie de l'affection.

Enfin, dans les cas de perforation du diaphragme, à la suite d'ouverture d'abcès sous-diaphragmatiques ou de rupture de kystes, c'est-à-dire dans le cas de pleurésie suraiguë, la douleur violente et la dyspnée sont les premiers symptômes.

En même temps que le frisson ou peu de temps après lui, se fait sentir la *douleur de côté* : cette douleur spontanée, que les malades désignent aussi sous le nom de point de côté, est loin d'avoir les mêmes caractères que les points de côté de la pneumonie ou de la pleurésie ordinaire.

Cette douleur siége ordinairement plus bas, sur une étendue plus grande, occupe la région de l'hyponchondre droit ou gauche avec irradiations spontanées vers le creux épigastrique en avant ou vers les flancs, quelquefois vers la partie inférieure de la région dorsale en arrière, en suivant la ligne des insertions costales diaphragmatiques et aussi, dans un petit nombre de cas, le long du bord externe du sternum du même côté et jusque dans le moignon de l'épaule.

Cette douleur vive et poïgnante qui oblige quelquefois le malade à rester le corps plié en deux du côté affecté, afin d'obtenir l'immobilisation musculaire,est exaspérée par les plus petits mouvements du thorax, par les plus fortes inspirations, par la toux surtout qui l'accompagne ordinairement, par l'éternument, les hoquets, les vomissements et par un effort quelconque.

La pression exercée avec la main sur les points douloureux exaspère cette douleur au point d'arrêter quelquefois momentanément la respiration du malade.

Si l'on recherche avec soin les régions douloureuses à la pression, on trouvera un maximum dans un point déterminé exactement par Gueneau de Mussy, et qui paraît comme le foyer principal de la sensibilité. « Ce point, dit-il, est situé à un ou deux travers de doigt de la ligne blanche, à la hauteur de la dixième côte environ, ou assez exactement à l'intersection de deux lignes dont l'une continuerait la partie osseuse de la dixième côte et dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum. Au-dessus et au-dessous de ce point appelé par Gueneau de Mussy le *bouton diaphragmatique*, la sensibilité est exagérée, mais à un très-faible degré.

Si l'on presse un peu fortement sur le bouton diaphragmatique, le malade se retire vivement en poussant un cri

quelquefois et en accusant une douleur atroce ; parfois même la respiration peut se trouver interrompue pendant quelques secondes.

Si, partant de ce point, on porte l'extrémité du doigt en avant, en se dirigeant vers le creux épigastrique, on provoquera aussi à ce niveau une douleur vive et de même en arrière et se dirigeant en suivant la ligne des insertions diaphragmatiques à la face interne des côtes ; à chaque pression le malade se redresse vivement afin de se dérober à la douleur ; on arrive ainsi jusqu'au rachis au niveau des deux ou trois dernières vertèbres dorsales dont les apophyses épineuses sont aussi dans quelques cas douloureuses.

Gueneau de Mussy, que l'on ne saurait trop citer pour la description clinique de cette affection, signale également comme caractéristique une sensibilité très-vive entre les attaches inférieures du muscle sterno-cléido mastoïdien sur le trajet du nerf phrénique.

« Une pression un peu forte, dit-il, est toujours douloureuse dans cette région, mais dans la pleurésie diaphragmatique cette sensibilité est beaucoup plus développée que dans les conditions normales, et en comparant les résultats de la pression des deux côtes, on arrive à constater une telle différence qu'il ne reste matière à aucun doute.» Pour provoquer cette douleur, il faut porter l'extrémité de l'index entre les deux faisceaux du muscle sterno-mastoïdien à leur partie inférieure et comprimer ainsi le nerf phrénique entre le doigt et le muscle scalène antérieur. Le malade accuse alors une douleur au niveau du point pressé, douleur qui n'a rien de bien caractéristique, mais il ressent en même temps une irradiation pénible le long du bord externe du sternum du côté malade et s'étendant jusqu'à la base de la poitrine qu'il immobilise immédiatement.

En continuant à presser sur le trajet du phrénique le long du sternum, on détermine de la douleur ordinairement légère, mais parfois vive dans un des espaces intercostaux supérieurs.

Enfin le refoulement de bas en haut au moyen de la main des viscères abdominaux dans les régions hypochondriaques, de façon à aller produire une pression sur le diaphragme, est aussi une cause de douleur pouvant atteindre une grande intensité.

Il est un autre genre de douleurs provoquées par des actions réflexes dans la sphère du plexus cervical, d'après Gueneau de Mussy ; elles peuvent être spontanées et occupent la région sus-claviculaire, le moignon de l'épaule, le bord externe du muscle trapèze et peuvent même s'irradier jusque dans la région scapulaire. Dans une observation donnée par le Dr Graves (obs. LV), sous le titre de pleurésie diaphragmatique, il n'y avait ni douleur locale spontanée, ni douleur à la pression qui, au contraire, procurait du soulagement à la malade.

Dans les cas de pleurésie diaphragmatique double dont nous citons plusieurs observations, la phlegmasie est toujours plus développée d'un côté que de l'autre, et les douleurs spontanées et provoquées sont alors plus vives du côté le plus fortement atteint.

L'attitude particulière du malade a été donnée aussi comme caractéristique. Dans la majorité des cas, le décubitus dorsal est impossible ; le malade est dans l'orthopnée, assis sur son lit, le tronc courbé en avant, les mains appliquées souvent sur la région hypochondriaque du côté malade, cherchant à immobiliser le plus possible son diaphragme ; il évite autant qu'il peut les secousses de toux si pénibles pour lui ; le facies exprime l'anxiété la plus profonde et les souffrances qu'il endure ; la face est quelque-

fois grippée, mais cela se produit surtout quand il y a en même temps coexistence de péritonite.

Les muscles des lèvres et les peauciers de la face et du cou peuvent être agités par des mouvements convulsifs que l'on a décrits sous le nom de *rire sardonique*, constaté si rarement par les observateurs modernes.

En examinant la région sous-diaphragmatique antérieure, on constate son *immobilité* et un *aplatissement* d'un seul ou des deux hypochondres qui peuvent être rétractés, phénomène indiqué par les anciens et sur l'explication duquel nous reviendrons; cependant quand il s'est formé un épanchement enkysté dans la région diaphragmatique, il peut y avoir refoulement léger des viscères abdominaux, et l'aplatissement des hypochondres est alors moins prononcé. Le creux épigastrique est déprimé (Joseph Franck). S'il y a paralysie du diaphragme, à chaque inspiration on observe au-dessous des fausses côtes une dépression de la paroi abdominale d'un seul ou des deux côtés.

La *respiration* se trouve modifiée de plusieurs manières; le jeu du diaphragme étant entravé en raison de la douleur provoquée par sa contraction ou bien en raison de la paralysie de ses fibres musculaires voisines de la séreuse enflammée, il en résulte que la respiration ne s'exécute qu'à l'aide des muscles intercostaux et des muscles inspirateurs accessoires; elle affecte dès lors presque toujours le type costo-supérieur; les côtes inférieures n'exécutent ni mouvement d'ascension ni de descente, et la région de la base de la poitrine est immobilisée complétement. Les inspirations dès lors sont fréquentes, courtes et comme avortées, le malade cherchant avant tout à empêcher son diaphragme d'agir et suppléant par un nombre plus considérable d'inspirations à leur étendue moins grande.

Pour cette raison, l'auscultation peut être rendue très-

difficile, ainsi que nous l'avons constaté dans un cas qui nous est personnel (obs. I), la quantité d'air pénétrant dans les poumons étant très-petite à chaque inspiration et par suite le mouvement de translation du poumon se faisant sur une surface tout à fait limitée.

La *dyspnée* est grande ; le nombre des inspirations normales peut facilement être doublé et a parfois atteint un chiffre considérable comme dans l'observation de Graves (obs. LV), où le nombre des mouvements respiratoires chez une fille de 8 ans est arrivé à 80 par minute.

La *toux* ne présente rien de bien particulier; elle a ordinairement les caractères de la toux pleurétique, c'est-à-dire petite toux sèche, quelquefois un peu quinteuse, pénible surtout à cause de l'exacerbation de la douleur qu'elle occasionne à chaque secousse, ce qui fait que les malades se retiennent le plus possible de tousser.

L'*expectoration* est le plus souvent nulle ; quelquefois, quelques crachats filants, séreux et transparents et toujours en très-petite quantité,

La *voix* est faible, entrecoupée, éteinte. L'examen de la *poitrine* fournit le plus souvent très-peu de renseignements positifs, surtout quand l'inflammation reste limitée à la région diaphragmatique proprement dite ; on conçoit en effet que, dans cette région, le glissement de la plèvre pulmonaire sur la séreuse diaphragmatique ne se produisant pas, on ne percevra aucun bruit de frottement caractéristique. La percussion révèle une matité légère tout à fait à la base, et en même temps on constate à l'auscultation un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire, avec quelques râles sous-crépitants à la partie inférieure du poumon.

Les vibrations thoraciques sont aussi légèrement diminuées du côté malade.

Ces phénomènes peu nets sont dus soit à l'immobilisation de la région, soit à la diminution de l'ex pansion du poumon, soit à un faible degré de congestion pulmonaire accompagnant la phlegmasie pleurale.

Si l'inflammation s'étend à la plèvre costo-pariétale, on percevra alors les signes ordinaires de la pleurésie : frottements, souffle, œgophonie, etc., cette dernière n'ayant-été notée par aucun observateur quand la pleurésie est restée limitée à la région diaphragmatique. Dans le cas où la pleurésie s'accompagne d'épanchement sus-diaphragmatique, M. Gueneau de Mussy (Cliniques) a donné comme symptôme important l'abaissement de la 12e côte, qui fait avec le rachis un angle plus aigu que sa congénère et se dirige plus obliquement en bas et en dehors, de telle sorte que son extrémité libre se trouve placée sur un plan inférieur à celui de la 12e côte du côté opposé. Ce symptôme est indiqué dans l'observation XXXIX (Chauffard).

C'est aussi dans ces cas d'épanchemement, continue le même observateur, que la percussion profonde fera constater ordinairement au niveau de la gouttière costo-diaphragmatique une diminution de sonorité inappréciable quand on percute légèrement et superficiellement; le son thoracique présente alors habituellement une tonalité plus aiguë.

Quelques-uns des phénomènes que nous venons de passer en revue, tels que la dyspnée et la douleur, peuvent se présenter avec des intermittences et sous forme de véritables accès, laissant dans leur intervalle quelque repos au malade; ces accès paraissent revenir ordinairement vers le soir, sans que cela soit établi cependant d'une manière bien nette.

La pleurésie diaphragmatique peut s'accompagner de *hoquet* de durée variable ; il est signalé dans 7 de nos ob-

servations, surtout dans les moments qui précèdent la mort.

Les *nausées* et les *vomissements* sont aussi des symptômes fréquents ; ces derniers, par les secousses qu'ils impriment au diaphragme, ajoutent aux souffrances déjà vives du malade.

L'*ictère* a été aussi donné comme existant souvent dans la pleurésie diaphragmatique ; nous ne le trouvons indiqué que 2 fois dans deux cas de pleurésie droite.

M. le professeur Peter a attiré l'attention sur une *dilatation considérable de l'estomac*, survenant dans la pleurésie diaphragmatique gauche, il en cite deux cas (obs. XVII et XL), et Laporte, dans sa thèse (obs. X), en publie aussi une observation.

Quelques auteurs ont noté aussi une violente douleur produite dans l'œsophage au moment où les aliments et les matières vomies passent au niveau de l'ouverture œsophagienne du diaphragme ; ce symptôme n'est indiqué dans aucune observation. Joseph Franck n'a jamais observé que la déglutition fût empêchée, mais il a remarqué qu'elle s'accompagnait d'un certain bruit qui se faisait entendre dans l'estomac. Les *troubles cérébraux* observés consistent dans un certain degré de délire se rencontrant quelquefois dans les derniers jours de la maladie, quand elle doit avoir une terminaison funeste et qui, pour les anciens, était le signe caractéristique de l'affection ; le coma a été signalé également.

La présence de l'*albumine* dans l'urine a été indiquée 7 fois dans les 62 observations que nous avons rassemblées dans un cas (obs. XXXVIII, personnelle) le malade était atteint de néphrite interstitielle. Le *pouls* est généralement concentré, dur et très-accéléré, quelquefois cependant d'une médiocre fréquence.

La marche de la *température* a été notée avec soin dans un certain nombre d'obeervations; elle se maintient ordinairement le soir, entre 38 et 39°, et elle peut atteindre les chiffres de 39° et 39,°5 dans les cas de pleurésie primitive ou dégagée de toute complication; elle est beaucoup plus élevée quand la pleurésie coïncide avec une autre affection inflammatoire.

La température est très-utile à connaître relativement au diagnostic de l'affection; nous verrons, en effet, qu'elle peut être le seul moyen d'établir une différence entre la pleurésie diaphragmatique et certaines affections, telles que le rhumatisme du diaphragme, la névralgie, etc., offrant avec elle de nombreux points de ressemblance.

Marche et durée de l'affection. — La marche de la pleurésie diaphragmatique est variable suivant les cas; dans la pleurésie franche, l'invasion est brusque, les symptômes acquièrent leur maximum d'intensité dès le début; il se produit souvent des rémissions pendant lesquelles les malades paraissent se trouver dans un état assez satisfaisant, mais qui sont suivies quelquefois d'une reprise qui leur est fatale.

Dans la pleurésie diaphragmatique double, un côté se prend généralement quelques jours après l'autre et l'invasion de cette nouvelle phlegmasie, loin d'amener une recrudescence de symptômes, a paru dans certains cas exercer une influence favorable sur l'évolution de l'affection.

Dans le cas de pleurésie diaphragmatique manifestée en même temps qu'un rhumatisme articulaire, Dubois (Thèse 1876) a remarqué qu'il y a alternance des symptômes pleurétiques avec les phénomènes articulaires.

Lorsque la pleurésie a succédé à une affection inflamma-

toire quelconque ou s'est compliquée elle même de péricardite, péritonite, etc., la marche est modifiée et la terminaison, ordinairement funeste dans ces cas, arrive rapidement.

La durée est très-variable; quand la maladie doit guérir, il paraîtrait résulter de nos observations que cette durée serait moins longue que dans la pleurésie ordinaire, à condition, toutefois, qu'il n'y ait pas de complication sérieuse, et la guérison serait obtenue après une période de deux à six semaines environ; mais les douleurs névralgiques peuvent persister pendant un certain temps sur le trajet du phrénique et au niveau des insertions du diaphragme, ainsi que nous l'avons observé chez le malade de l'observation II; douleurs spontanées et exaspérées par les secousses de toux, l'éternument et les inspirations profondes.

La terminaison par la mort se fait moins attendre et elle peut même survenir très-rapidement; dans le cas de Graves déjà cité (obs. LV), la mort eut lieu en moins de vingt-quatre heures; nous trouvons dans nos observations les limites de deux jours à deux mois, les chiffres les plus fréquents étant compris entre huit et vingt jours; mais ainsi que nous l'avons déjà dit, il faut tenir compte des affections ayant précédé le développement de la pleurésie ou des complications survenues, ainsi que nous l'examinerons plus complétement quand nous étudierons le pronostic et la terminaison de cette maladie.

Tel est l'ensemble des symptômes de la pleurésie diaphragmatique; les uns sont caractéristiques et manquent rarement, les autres, moins importants, peuvent faire défaut. Avant de passer à l'étude de la forme bénigne de la maladie, nous allons revenir sur la plupart de ces symptômes et les examiner au point de vue de leur pathogénie et aussi de leur fréquence relative.

ÉTUDE DES PRINCIPAUX SYMPTOMES

1° TROUBLES DE L'INNERVATION.

1 Douleur. —La douleur, dans la pleurésie diaphragmatique peut être considérée comme pathognomonique, elle est quelquefois le seul signe qui mette sur la voie et c'est pour cela qu'on ne saurait trop en connaître les particularités, si bien étudiées par M. Gueneau de Mussy et par M. le professeur Peter. La douleur spontanée a été signalée par Boerhaave (Aphorismes) qui reconnaît la paraphrénésie à une douleur locale inflammatoire, insupportable à cause des membranes nerveuses, laquelle douleur augmente énormément pendant l'inspiration, la toux, l'éternument, la réplétion de l'estomac, les nausées, les vomissements et la compression de l'abdomen pour rendre les excréments et les urines.

Pierre Frank indique une douleur profonde très-aiguë, sous le sternum, dans la région lombaire ou au rebord des côtes.

Andral, dans son premier groupe de symptômes, place une douleur plus ou moins vive le long du rebord cartilagineux des fausses côtes s'étendant le plus souvent dans les hypochondres et quelquefois jusque dans le flanc.

Joseph Franck décrit la douleur constrictive caractéristique, qui se fait sentir comme une espèce de ceinture à travers l'abdomen ; le malade en indiquant avec ses mains le siége de cette douleur suit exactement la circonférence du diaphragme, c'est-à-dire une ligne qui, ayant pour point de départ l'épigastre, s'étend de là jusqu'à la colonne vertébrale en suivant la direction des côtes, et cela tantôt

d'un seul côté, tantôt des deux à la fois ; il signale de plus la douleur aux parties latérales du cou, mais douleur spontanée et qu'il explique par l'origine et la marche des nerfs phréniques.

Gueneau de Mussy a mis surtout en relief les douleurs provoquées par la pression, soit au niveau de la base du thorax, soit au cou, et que nous avons indiquée dans la symptomatologie en insistant sur le bouton diaphragmatique et sur le point du sterno-mastoïdien.

Enfin M. le professeur Peter, en étudiant la névralgie diaphragmatique, confirme et complète les données déjà si exactes que l'on possédait sur ce point.

Il nous a semblé qu'il y avait avantage, au point de vue pathogénique, à diviser les douleurs en trois classes : douleurs résidant dans les filets terminaux du phrénique, douleurs résidant dans le tronc du phrénique, et enfin douleurs par propagation ; nous rappellerons auparavant que le nerf phrénique, d'après Sappey, naît du quatrième nerf cervical et d'un petit filet émané de la branche antérieure du cinquième : il descend verticalement au devant du scalène antérieur dans la région du cou, pénètre dans la poitrine en s'anastomosant avec un filet du sous-clavier, avec le grand sympathique et avec un filet de l'anse nerveuse de l'hypoglosse d'après Hirschfeld, qu'il s'applique au péricarde sur lequel il est fixé par un feuillet de la plèvre et, qu'arrivé au diaphragme, il se partage en cinq ou six branches dont les rameaux supérieurs constituent les rameaux sous-pleuraux et les rameaux inférieurs, les sous-péritonéaux fournissant des filets à la capsule surrénale et au plexus solaire.

1° *Douleurs résidant dans les filets terminaux du nerf phrénique.* — Elles peuvent être spontanées ou provoquées,

avons-nous vu, et donnent lieu au point épigastrique, au bouton diaphragmatique et aux points douloureux sur le trajet des insertions costales du diaphragme et à la partie postérieure du dernier espace intercostal près du rachis; elles se produisent dans les filets terminaux qui aboutissent aux faisceaux musculaires d'insertion ; cela ne saurait être mis en doute si l'on considère les surfaces si précises et si limitées sur lesquelles il faut presser afin d'éveiller la douleur ; pour expliquer la présence d'un maximum de douleur au bouton diaphragmatique, on a invoqué la mobilité plus grande de la dixième côte qui déterminerait des froissements douloureux du nerf enflammé; quant à la sensibilité de la partie postérieure du dernier espace intercostal, on en a cherché l'explication dans le voisinage des piliers du diaphragme.

Dans cette classe de douleurs, on peut ranger celles qu'on produit en refoulant les viscères abdominaux de bas en haut vers le diaphragme : c'est un signe quelquefois très-important, qui se rencontre assez souvent et qui peut mettre sur la voie du diagnostic. La compression de la plèvre enflammée par l'intermédiaire du foie ou de la rate peut alors être invoquée et explique suffisamment la production de la douleur.

Il est à remarquer que ces douleurs, ayant ordinairement leur maximum quand la pleurésie reste limitée dans la région diaphragmatique, peuvent diminuer d'intensité quand la phlegmasie s'étend à la région costo-pariétale ou bien quand il se forme un épanchement.

II. *Douleurs résidant dans le tronc du nerf phrénique.* — Ces douleurs sont rarement spontanées ; cependant chez certains malades (obs. II, personnelle), elles se font sentir le long du bord du sternum du côté affecté, et sont aug-

mentées par les secousses de toux ou par les efforts. La douleur remonte de l'hypochondre au cou suivant une ligne droite, et le malade invité à signaler le siége de ses douleurs, suivant l'expression de M. Peter,« fait assez exactement l'anatomie de son phrénique ». Ces douleurs phréniques sont plutôt des douleurs provoquées, et c'est M. Gueneau de Mussy qui, le premier, a signalé les points exacts où il fallait presser pour les obtenir ; nous avons vu que ces points se trouvent au devant du scalène antérieur entre les deux faisceaux inférieurs du sterno-mastoïdien et le long des bords du sternum, surtout au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux. La pression dans ces points déterminés, outre la douleur, produit quelquefois un arrêt de la respiration et des phénomènes dyspnéiques : la sensation douloureuse est rapportée au diaphragme, c'est-à-dire dans les filets terminaux, de même que lorsqu'on comprime le nerf cubital au niveau de l'épitrochlée, la douleur se fait sentir au petit doigt ; mais l'interprétation n'est pas la même, et dans les cas de pleurésie la douleur peut être attribuée à l'irritation communiquée au nerf phrénique par une inflammation de voisinage.

III. *Douleurs par propagation.* — Elles comprennent les douleurs d'irradiation et les douleurs réflexes. Ces douleurs se manifestent dans le flanc, quelquefois jusque dans la fosse iliaque du côté affecté, mais c'est surtout dans la région supérieure du tronc qu'elles ont leur maximum d'intensité dans la sphère du plexus cervical et du plexus brachial. Les douleurs sus-claviculaires sont les plus fréquentes ; la douleur à l'épaule est aussi signalée dans un certain nombre d'observations, ainsi que la douleur siégeant au bord externe du muscle trapèze. On en a trouvé l'explication, dit Gueneau de Mussy, dans la disposition de

la quatrième paire cervicale, principale origine du nerf phrénique qui distribue ses rameaux dans la région sus-claviculaire et dans le moignon de l'épaule.

La même cause devra être invoquée pour la douleur siégeant à la partie interne du bras sur le nerf accessoire du brachial cutané interne et sur le trajet du cubital (obs. II). Enfin la présence de points apophysaires, douloureux dans la région cervicale trouve son explication dans les origines mêmes du nerf phrénique et du plexus cervical. En résumé, les douleurs de la pleurésie diaphragmatique sont du domaine des névralgies ainsi que l'a si bien fait observer M. Peter, et c'est à un certain degré de névrite du phrénique qu'elles sont dues ordinairement ; quelquefois cependant il peut être difficile de se prononcer lorsqu'à l'autopsie on trouve les lésions de la pleurésie diaphragmatique et qu'il y a en même temps pleurésie costo-pariétale avec exsudat fibrineux englobant ce nerf phrénique ou bien qu'il y a coïncidence de péricardite. La névralgie du phrénique peut persister après la guérison complète de la pleurésie, ainsi que nous avons pu en observer un cas (obs. II) dans lequel ces douleurs revenaient par accès.

L'absence complète de douleurs spontanées ou provoquées a été signalée dans un cas de Graves (obs. LV) ; la pression même, loin d'être douloureuse, soulageait la malade et cependant l'affection était bien nettement une pleurésie diaphragmatique, ainsi que le fait remarquer M. Jaccoud dans ses annotations.

Relativement à leur fréquence, nous trouvons les douleurs spontanées des hypochondres signalées dans presque tous les cas où l'observation a été prise au point de vue clinique ; chez une quarantaine de malades bien observés, la douleur au refoulement des viscères a été notée quinze fois ; la douleur au niveau du bouton diaphragma-

tique est signalée neuf fois ; celle produite par la pression du phrénique au cou dans vingt cas ; les douleurs sus-claviculaires, sept fois, celles de l'épaule, onze fois, et enfin les douleurs à la partie interne du bras dans deux observations seulement.

Il semblerait résulter de cela, ainsi que nous l'avons déjà fait entrevoir, que la pleurésie diaphragmatique n'aurait pas toujours des caractères bien tranchés et des signes caractéristiques, et que souvent ce serait sur la présence de deux ou trois symptômes seulement qu'on pourrait établir le diagnostic.

2° Hoquet. — Ce phénomène, essentiellement d'origine nerveuse, était regardé par les anciens comme un signe constant de l'affection qui nous occupe : c'est un des symptômes qui, avec la toux, causent les souffrances les plus vives aux malades auxquels il ne laisse ni repos ni trêve par les secousses imprimées au thorax et au diaphragme ; la cause réside dans l'irritation sympathique de ce muscle produisant le spasme caractéristique. C'est un signe qui n'a pas une valeur absolue, puisqu'il peut se produire aussi dans la péritonite circonscrite à la partie supérieure de l'abdomen; dans ce dernier cas, il est presque toujours suivi de vomissements porracés. Sur une quarantaine d'observations, nous le trouvons noté sept fois ; dans une de nos observations personnelles (obs,. I), un hoquet léger est signalé au début de la maladie ; dans un cas d'Andral (obs. XL), il ne se produisait que par la pression de l'épigastre. Vergely (obs. XXVII) et Mahé (obs. XLVIII) citent des cas de hoquet opiniâtre ; chez le premier malade il persiste trente-six heures après l'administration d'un vomitif; il est à remarquer que dans les cas où ce symptôme s'est montré intense, la terminaison a été funeste.

3° Rire sardonique. — Donné par les anciens comme symptôme pathognomonique de l'affection, le rire sardonique est maintenant considéré comme résultant uniquement de mouvements convulsifs des muscles de la partie inférieure de la face et des lèvres, mouvements convulsifs imprimant au facies une physionomie spéciale. On a cherché à l'expliquer par des anastomoses entre le nerf phrénique et le facial (Portal), ou bien par une anastomose d'une branche de la quatrième partie cervicale avec le facial (Luschka) ; quoi qu'il en soit de la valeur de ces anastomoses, il est reconnu maintenant que ces mouvements convulsifs peuvent se rencontrer dans les affections où le diaphragme est intéressé (affections inflammatoires, plaies, etc...) et qu'ils sont sous la dépendance de la douleur et de la dyspnée qui en résulte. Dans nos observations, il n'est noté que deux fois (obs. XXIX et LVI), mais le facies dans la dernière observation, loin d'être souriant ainsi que le voulaient les anciens, portait au contraire un cachet de profonde terreur.

4° Délire. — Le délire est aussi un symptôme sur lequel les anciens ont insisté et qui a été cause pendant longtemps de la confusion entre l'affection qui nous occupe et d'autres affections où il se rencontre également,

Il a été nié formellement par Pierre Franck, mais d'une façon trop absolue pour Gueneau de Mussy, qui admet que le délire apparaît plus souvent dans la pleurésie diaphragmatique que dans la pleurésie costo-pulmonaire, et qui en trouve la raison physiologique dans l'obstacle plus grand, plus soudain, apporté aux fonctions de l'hématose et de la respiration, sans parler des connexions du phrénique avec le pneumogastrique.

Il a été indiqué dix fois dans nos observations et paraî-

trait surtout se montrer dans les derniers jours ou même les derniers moments de la maladie.

5° Coma. — Le coma est un phénomène qui généralement succède au délire et indique une terminaisen fatale, il est signalé dans plusieurs observations, et, de même que le délire, il ne peut avoir une importance réelle qu'au point de vue du pronostic seulement.

II. TROUBLES DE LA RESPIRATION.

1° *Modifications du diaphragme.* Nous avons vu dans la symptomatologie que le jeu du diaphragme pouvait être entravé, qu'il pouvait même être paralysé complétement, et que dès lors la respiration affectait un type particulier ou type costo-supérieur. La paralysie du diaphragme peut être produite, soit par l'inflammation de la plèvre qui le recouvre par un phénomène analogue aux paralysies du voile du palais succédant à certaines angines, soit lorsqu'elle est unilatérale par la compression du nerf phrénique englobé dans un exsudat fibrineux, ou enfin par une altération du diaphragme lui-même.

La première cause est assurément la plus fréquente ; elle a été signalée par Stokes qui, le premier (Dublin Quarterly journal, trad. Richelot, Archives de médecine 1836), l'entrevoit comme conséquence probable de certaines inflammations chroniques de la plèvre. Les anciens avaient bien observé des phénomènes qui surviennent sous l'influence de cette paralysie, mais ils n'avaient su en découvrir la cause.

Galien (*De locis affectis*) écrit que la rétraction des hyponchondres est un caractère qui se présente dès le début des affections du diaphragme.

Selle (Rudimenta pyretologiæ) fait remarquer que l'hypochondre du côté affecté est attiré au-dessous des côtes.

Van Swieten dans ses commentaires sur Boerhaave emploie l'expression de « *Quiescente abdomine* » pour indiquer l'aspect du malade ; pour Joseph Frank, il y a dépression du creux épigastrique.

M. Duchenne (de Boulogne) a le premier établi que, dans la paralysie du diaphragme :« Au moment de l'inspiration, l'épigastre et les hypochondres se dépriment tandis qu'au contraire la poitrine se dilate, les mouvements de ces mêmes parties se faisant dans un sens opposé pendant l'expiration. »

C'est, en effet, ce qui a été observé dans les cas où il y a eu nettement paralysie du diaphragme, soit unilatérale obs. XXXIX, Chauffard), ce qui est le plus fréquent, soit bilatérale ; en plaçant la main sur l'hypochondre, on constate les mouvements inverses de ceux qui se produisent dans la respiration normale. Le diaphragme paralysé n'est plus qu'une cloison inerte qui suit les mouvements de la respiration au lieu d'en être l'agent principal.

Mais cette paralysie du diaphragme est loin d'être aussi nette dans la majorité des cas, et, dans dix observations où nous trouvons indiquées des modifications dans l'aspect de l'abdomen, les observateurs ont surtout noté la rétraction d'un ou des hypochondres et l'immobilisation des parois abdominales, due le plus souvent à la crainte que tout mouvement inspire au malade.

Ajoutons que dans les cas d'épanchement situé entre le poumon et le diaphragme, le jeu de ce muscle peut être entravé mécaniquement ; si l'épanchement est considérable, c'est alors que le foie ou la rate pourront être refoulés dans

l'abdomen et viendront faire une saillie plus ou moins grande.

2° *Type respiratoire et dyspnée.* Les modifications survenues dans l'action du diaphragme devront nécessairement se traduire par une respiration particulière, imprimant un cachet spécial à l'affection.

La respiration devient presque exclusivement costale, et les côtes inférieures elles-même étant immobilisées partiellement, le type respiratoire affecte le type costo-supérieur : les inspirations sont fréquentes, courtes et comme avortées ; de plus chaque inspiration un peu profonde étant douloureuse, le malade préfère inspirer moins d'air à chaque inspiration et y supplée par une fréquence plus grande.

Le type respiratoire costo-supérieur nettement caractérisé a été signalé 19 fois sur une quarantaine de cas et une dyspnée forte 26 fois, le nombre des inspirations étant ordinairement entre 30 et 50 et pouvant atteindre même les chiffres de 60 (Hayden, obs. XVIII) et de 80 (Graves, obs. LV).

La dyspnée de la pleurésie diaphragmatique est accompagnée très-souvent de l'attitude particulière connue sous le nom d'orthopnée ; sur les 26 cas de dyspnée forte que nous avons signalés, 19 fois les malades étaient dans l'orthopnée, avec inclinaison du tronc en avant ; l'orthopnée peut ne revenir que par accès ; ce symptôme est pour Andral l'un des plus caractéristiques de la pleurésie diaphragmatique.

III. TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

1 *Vomissements.* Les vomissements résultant soit de l'irritation du diaphragme, soit d'une action réflexe sur le pneumogastrique, ont été signalés par les auteurs anciens et modernes ; quelquefois, le malade n'est tourmenté que par des nausées extrêmement pénibles, qui presque toujours se terminent par des vomissements ; les secousses provoquées par eux fatiguent beaucoup le malade, ils sont ordinairement bilieux. Faut-il invoquer aussi comme cause le voisinage du foie et de l'estomac, séparés seulement par une mince cloison du siége de l'inflammation ? Dans dix cas où ces vomissements ont été notés, il s'agissait six fois de pleurésies droites et quatre fois de pleurésies gauches ; mais dans un cas, il y avait coïncidence de péritonite.

2° *Ictère.* M. Andral cite un cas de pleurésie diaphragmatique droite survenue chez un tuberculeux et dans laquelle de l'ictère se rencontra le sixième jour ; il l'attribue à l'irritation sympathique du foie quand le côté droit est le siége de l'inflammation.

Gueneau de Mussy dit avoir observé plusieurs fois cet ictère, nous ne le trouvons mentionné que deux fois dans nos observations (obs. XL Andral et obs. VI Monod). Dans cette dernière, à l'entrée du malade à l'hôpital, le sixième jour de la maladie, on constata une teinte légèrement subictérique.

3° *Dilatation de l'estomac.* M. le professeur Peter est le premier qui ait attiré l'attention sur ce symptôme, qu'on trouvera signalé dans trois observations (obs. X, XVII et LX) et qui se reconnaît, d'après lui, par la percussion au son tympanitique qui, de la région épigastrique, arrive

jusqu'à la pointe du cœur; il en donne la pathogénie suivante : « Le péritoine diaphragmatique est intéressé dans le travail inflammatoire dont la plèvre correspondante est le siége ; au contact de ce péritoine enflammé la tunique péritonéale de l'estomac s'irrite à son tour et enfin au contact de la tunique péritonéale gastrique enflammée, les fibres musculaires de l'estomac perdent une partie de leur tonicité, d'où la dilatation du viscère par les gaz qu'il contient. »

IV. ÉTAT FÉBRILE.

1° *Pouls* : Le pouls est ordinairement concentré, dur et très-accéléré, avons-nous vu ; il ne suit pas généralement la marche de la température et il pourra être très-fréquent alors que la température sera peu élevée ; il est plutôt en rapport avec la dyspnée. Dans nos observations, on le voit osciller entre 90° et 120°, mais il est à remarquer que les chiffres les plus élevés entre 110° et 120° sont atteints dans les phlegmasies qui coïncident avec une affection inflammatoire : pneumonie, rhumatisme ou autre.

2 *Température* : La marche de la température est aussi influencée par les affections qui ont été le point de départ ou qui compliquent la pleurésie diaphragmatique ; c'est ainsi que, dans des cas de pleurésie avec pneumonie, elle a pu atteindre 41°4 et même 41°8 (obs. XXVIII et XXIX, Arnozan). Ordinairement elle se maintient entre 39° et 40° le soir pendant plusieurs jours de suite, avec rémission le matin. La défervescence est brusque ou graduelle; quand il y a transformation purulente de l'épanchement, elle est toujours très-élevée le soir avec un peu de rémission le matin (obs. XXII).

FORME BÉNIGNE DE LA PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE.

Nous venons d'étudier en détail les symptômes de la pleurésie diaphragmatique, nous avons vu que souvent, quelques-uns pouvaient manquer complètement, quoique la maladie fût nettement caractérisée et qu'elle se terminât dans bien des cas d'une manière funeste; mais l'affection n'est pas toujours aussi grave, et, chez certains malades, la pleurésie revêt une forme bénigne et la guérison arrive sans complications; c'est à cette forme que se rattache une variété de pleurésie diaphragmatique sur laquelle un de nos excellents maîtres, M. le Dr Bucquoy, insiste dans ses leçons cliniques et dont on trouvera des exemples dans les observations qui figurent à la fin de ce travail.

Pour M. Bucquoy, outre la pleurésie aiguë ordinaire à début brusque dans la majorité des cas, à épanchement unilatéral plus ou moins abondant et variant de trois semaines à six semaines, outre la pleurésie de nature catarrhale accompagnant les bronchites et les pneumonies catarrhales de la grippe, pleurésie à faible épanchement disparaissant dans un court espace de temps, il existe une variété de pleurésie à laquelle conviendrait le nom de pleurésie diaphragmatique aiguë; elle pourrait être regardée comme une variété de la forme bénigne de la maladie, telle qu'elle a été envisagée le plus souvent jusqu'à nos jours. Cette pleurésie a des caractères particuliers qui la distinguent de la pleurésie aiguë simple ou des pleurésies diaphragmatiques consécutives à une affection des organes voisins.

Le début est celui de la pleurésie ordinaire avec point de côté, frisson, fièvre; elle est d'abord unilatérale et l'on peut constater ordinairement l'existence des signes habi-

tuels de la pleurésie, tels que matité plus ou moins étendue, souffle, œgophonie. Les douleurs caractéristiques spontanées au niveau des attaches du diaphragme, et les douleurs provoquées par le refoulement en haut des vicères abdominaux et par la pression sur les points déterminés par M. Gueneau de Mussy indiquent la participation de la plèvre diaphragmatique à l'inflammation. Après un temps variable, du troisième au sixième jour en général, à partir du début, la phlegmasie s'étend et une nouvelle pleurésie se manifeste de l'autre côté ; cette dernière est rarement accusée par un violent point de côté, les douleurs spontanées ou provoquées par la pression, soit aux attaches du diaphragme, soit sur le trajet du phrénique au cou sont aussi moins vives que du côté primitivement affecté. On constate de la matité tout à fait à la base et dans un espace très-limité avec souffle voilé dans l'expiration. La saillie du foie et de la rate n'existe pas ou bien est très-peu prononcée, l'épanchement étant ordinairement peu abondant. Les symptômes sont, en un mot, très-atténués du côté atteint en dernier lieu ; ainsi l'épanchement qui du côté primitivement malade peut occuper le tiers inférieur de la plèvre, atteindra un niveau bien moindre de l'autre côté ; cette pleurésie peut s'accompagner, du côté primitivement affecté (par suite de la disposition de l'épanchement d'abord compris entre le poumon et le diaphragme) d'un certain degré d'atélectasie pulmonaire, mais l'épanchement ne reste pas toujours localisé en ce point et il peut s'étendre entre la paroi thoracique et le poumon, et cela dans des limites très-variables ; c'est alors qu'on peut constater l'existence d'une pleurésie diffuse ou plutôt diffusée dans une grande étendue et simulant un vaste épanchement, quoique la quantité de liquide soit peu considérable ; dans un cas de pleurésie diffusée dans tout le côté gauche, une dyspnée

considérable ayant conduit M. Bucquoy à pratiquer la thoracentèse, la guérison eut lieu sans évacuation de liquide et fut presque immédiate.

Malgré la pleurésie double, la dyspnée et l'anxiété respiratoires sont médiocres quoiqu'on en dise.

Cette pleurésie à forme bénigne se développe généralement sous l'influence d'un refroidissement ; mais elle ne doit pas être confondue avec les pleurésies souvent doubles également qui se développent chez des rhumatisants.

Comme marche, elle se conduit à peu près comme une pleurésie ordinaire, mais elle a une durée plus courte.

Les signes de la pleurésie du côté affecté en second lieu s'effacent assez rapidement, et cette pleurésie développée la dernière est au contraire la première qui se guérit : pendant sa durée, il y a peu de progrès dans la marche ascendante de l'épanchement pleurétique primitif ; il semble que l'apparition de cette nouvelle phlegmasie a arrêté l'ancienne dans son développement, celle-ci du reste marche aussi assez vite vers la guérison et le malade entre en convalescence, conservant seulement un peu de faiblesse du mouvement respiratoire et quelques frottements. Comme état général, rien de bien particulier à signaler ; fièvre modérée; la température peut cependant le soir osciller entre 39° et 40° pendant plusieurs jours de suite, et baisser après soit brusquement, soit graduellement jusqu'à la guérison.

Cette pleurésie paraît présenter peu de gravité et la guérison est ordinairement la règle. Il semblerait que l'extension de l'affection d'une plèvre à l'autre ait pour effet immédiat d'atténuer l'intensité de la maladie. Dans les observations communiquées par notre excellent collègue Monod (obs. III, IV, V, VI), et dans une de nos observation personnelles (obs. I), la marche a été celle que nous venons d'indiquer, pleurésie d'abord unilatérale s'étendant de

l'autre côté après un temps variable et se terminant après une durée de deux à cinq semaines par la guérison.

Outre cette variété de pleurésie bénigne, il existe fréquemment des phlegmasies de la plèvre diaphragmatique se terminant par la guérison, ainsi que nous l'établirons en étudiant la terminaison et le pronostic de cette affection; elles se développent le plus souvent (2 fois sur 3 environ, d'après les observations que nous avons recueillies) sous l'influence du froid, restent limitées à un côté et s'accompagnent rarement de complications; c'est surtout sur l'existence de ces pleurésies que nous nous appuierons pour démontrer que le pronostic de la pleurésie diaphragmatique n'est pas toujours aussi grave qu'on le croit d'après les idées généralement adoptées.

DIAGNOSTIC.

La pleurésie diaphragmatique peut quelquefois passer inaperçue si l'on n'a pas soin de rechercher les signes pathognomoniques de l'affection.

Andral fait remarquer que cette espèce de pleurésie peut exister sans être annoncée par aucun signe caractéristique.

Gueneau de Mussy la considère comme n'étant pas rare; pour lui les symptômes qui appartiennent à la plèvre diaphragmatique pourront être confondus au milieu des manifestations de la pleurésie générale et le diagnostic pourra offrir de grandes difficultés quand le travail morbide restera limité dans la région diaphragmatique, et que les signes ordinaires de la pleurésie feront défaut en l'absence des moyens directs d'exploration.

La pleurésie diaphragmatique est donc une affection qui demande à être soupçonnée, et il est bien rare que dans les

cas difficiles on ne puisse trouver quelque symptôme qui permette d'établir le diagnostic.

Les douleurs spontanées ou provoquées par la pression, la dyspnée considérable avec orthopnée, l'immobilisation de l'abdomen et des côtes inférieures par défaut d'action du diaphragme, et enfin l'examen du pouls et surtout la présence d'un état fébrile plus ou moins marqué seront les signes ne laissant aucun doute sur l'affection lorsqu'ils seront réunis chez un malade. Il faudra de plus tenir compte de l'absence des symptômes morbides du côté des organes voisins ; quant aux symptômes tels que le hoquet, le délire, etc., donnés autrefois comme caractéristiques, on ne devra leur attribuer qu'une importance relative pour le diagnostic.

La pleurésie diaphragmatique étant soupçonnee, il faudra savoir si elle s'accompagne d'épanchement ; quand il n'y a qu'exsudation fibrineuse limitée dans la région diaphragmatique, les signes stéthoscopiques font complétement défaut, et les signes fonctionnels seuls mettent sur la voie ; quand l'épanchement s'est manifesté, d'une part il soulève le poumon et le comprime, d'où les signes physiques deviennent perceptibles, et, d'autre part, dans les cas d'épanchement abondant, les modifications du côté de l'abdomen (refoulement du foie, de la rate) fournissent des renseignements importants ; on pourrait cependant confondre avec la pleurésie diaphragmatique certaines affections dont nous allons indiquer les caractères différentiels.

Rhumatisme du diaphragme : Le rhumatisme du diaphragme est une maladie apyrétique ; il procède par accès durant quelques heures (de 1 à 8 heures, Chenevier, Gaz. des hôpitaux, 1858), et se termine le plus souvent sans laisser de trace ; il ne s'accompagne d'aucune douleur par

la pression et survient ordinairement chez les rhumatisants. La douleur siége seulement au niveau des insertions musculaires (Fernet). En tenant compte de ces signes, il est bien rare qu'on puisse le confondre avec la pleurésie diaphragmatique.

Inflammation du diaphragme ou diaphragmite.— M. Fernet (Dict. de méd. pratique, article Diaphragme), émet des doutes sur cette affection : « Si on limite la diaphragmite à l'inflammation du tissu musculaire du diaphragme, dit-il, on est conduit non-seulement à considérer cette maladie comme très-rare, mais encore à douter de son existence. » Les symptômes donnés généralement étant les mêmes que ceux de la pleurésie diaphragmatique (Boffinton, thèse, Paris, 1822), il paraît difficile d'établir un diagnostic différentiel entre ces deux affections.

Névralgie diaphragmatique.— La névralgie diaphragmatique si bien étudiée par M. Peter n'est en elle-même qu'un des symptômes de la pleurésie diaphragmatique. En présence de cette névralgie, il faudra donc rechercher si elle dépend d'un état général (anémie, hystérie), d'une affection du cœur ou des gros vaisseaux, etc.; l'absence de fièvre, le côté affecté, l'intensité des douleurs provoquées, mettront le plus souvent sur la voie du diagnostic. Nous n'insisterons pas sur l'angine de poitrine qui ne peut réellement être confondue avec l'inflammation de la séreuse diaphragmatique : l'invasion brusque de la douleur. sa disparition rapide, ses caractères particuliers, l'absence d'état fébrile ne permettant pas ordinairement l'erreur.

La pleurésie costo-pariétale s'accompagne quelquefois d'un point de côté très-intense ; mais la douleur pongitive

est ordinairement dans un point plus élevé que celle de la pleurésie limitée à la région diaphragmatique ; elle s'accompagne de plus de signes caractéristiques à la percussion et à l'auscultation ; on ne perdra pas de vue néanmoins qu'elles peuvent coexister. M. Peter (obs. XLIII) a rapporté un cas de pleurésie diaphragmatique avec épanchement enkysté, méconnue chez un tuberculeux et dans lequel les symptômes avaient été attribués à une *pneumonie caséeuse* par suite d'une disposition particulière du poumon relativement à l'épanchement : ces cas difficiles se rencontrent très-rarement.

Péricardite : Le diagnostic différentiel ne présentera ordinairement pas de difficulté : la douleur existe, en effet, très-rarement dans l'inflammation du péricarde seul, et, dans le cas de Mirabeau, il y avait non-seulement péricardite mais pleurésie purulente, probablement diaphragmatique (Bouillaud) ; de plus M. Gueneau de Mussy dans ses cliniques indique les caractères différentiels de la douleur. « Tandis que la douleur caractéristique de la pleurésie diaphragmatique et que j'ai appelée le bouton diaphragmatique a son foyer à la réunion de deux lignes dont l'une suivrait le bord externe du sternum et dont l'autre suivrait parallèlement le bord inférieur de la poitrine dans la région hypochondriaque, le foyer principal de la douleur péricardique est le plus souvent dans l'angle costo-xyphoïdien, tantôt des deux côtés de l'appendice xyphoïde, tantôt d'un seul côté et aussi souvent à droite qu'à gauche. » De plus, l'oppression et la dyspnée sont moins fortes ; les signes physiques à la percussion et l'auscultation ne laissent généralement aucun doute ; mais lorsqu'il y a coïncidence de péricardite et de pleurésie diaphragmatique gauche chez le même sujet (ce qui a été signalé 8 fois dans nos ob-

servations), il est souvent difficile de faire la part qui revient à l'une ou à l'autre de ces affections.

Hépatite : La pleurésie diaphragmatique droite qui peut s'accompagner d'ictère, de refoulement du foie, de vomissements bilieux, peut être confondue avec l'hépatite aiguë si rare dans nos climats ; d'après Gueneau de Mussy, dans cette dernière, il n'y a ni point épigastrique, ni dyspnée intense, ni difficulté du décubitus horizontal ; de plus il ne faudra pas confondre la douleur produite au niveau du diaphragme par le refoulement du foie de bas en haut, avec la douleur provoquée par la pression directe sur le foie.

Nous ne jugeons pas à propos d'indiquer un diagnostic différentiel entre la pleurésie diaphragmatique et les coliques hépatiques, ces deux affections étant si différentes l'une de l'autre.

Péritonites circonscrites à la partie supérieure de l'abdomen : Le diagnostic est quelquefois entouré de très-grandes difficultés : ces deux affections en effet, ont comme points de ressemblance des douleurs superficielles augmentées par la pression, des douleurs d'irradiation dans l'épaule, de la fréquence du pouls, de la dyspnée, du hoquet, des vomissements, de l'ictère dans le cas de périhépatite, du refoulement du foie ou de la rate dans le cas d'épanchement.

Il faudra donc tenir compte des symptômes les moins importants en apparence, des troubles fonctionnels déterminés par la phlegmasie du péritoine dans chaque viscère et surtout des affections qui ont pu précéder l'apparition de ces symptômes (cirrhose, cancer du foie... etc).

Dans une de nos observations personnelles (obs. I), le diagnostic a présenté certaines difficultés ; la dyspnée intense avec absence de tuméfaction de l'hypochondre droit

et de ballonnement de l'abdomen, l'absence de vomissements et de teinte subictérique, la matité aux deux bases, la diminution du murmure vésiculaire et les douleurs si caractéristiques de la pleurésie diaphragmatique ont permis de se prononcer en faveur de cette dernière affection : quand le hoquet existe dans la péritonite, il est presque toujours suivi de vomissements porracés (Charrier, thèse 1855). Foix dans sa thèse (1874) dit que le diagnostic est quelquefois des plus incertains, surtout quand la péritonite se complique de pleurésie, ce qui est fréquent. Hilton Fagge (Guy's hospital reports 1873) cite de nombreuses observations de péritonites circonscrites à la partie supérieure de l'abdomen, dans lesquelles il y a presque toujours eu complication de pleurésie.

Pour Hervieux (Maladies puerpérales) l'absence de toux et d'expectoration, l'absence de matité thoracique et des signes à l'auscultation éloignent l'idée d'une phlegmasie pleurale.

Il sera surtout très-difficile de distinguer un épanchement enkysté de la plèvre diaphragmatique d'une collection sous-diaphragmatique, et c'est dans ces cas que les commémoratifs et la marche de l'affection peuvent surtout mettre sur la voie du diagnostic.

COMPLICATIONS ET TERMINAISON.

La pleurésie diaphragmatique s'accompagne quelquefois de complications, parmi lesquelles nous citerons surtout : la péricardite, la pneumonie et la péritonite périhépatique ou périsplénique pouvant se généraliser ; M. Villemin (Société médic. des hôpitaux 1873) regarde comme rares les péritonites consécutives aux pleurésies, il cite un

cas de péritonite généralisée avec fausses membranes siégeant surtout à la face inférieure du diaphragme opposée à la plèvre malade. Caillette (thèse, Paris 1874) admet parfaitement cette propagation, et cite deux observations de pleurésies suivies de péritonite mortelle : le propagation paraîtrait se faire par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques. La terminaison de l'affection par la guérison est la règle dans les pleurésies primitives : sur 27 cas, nous n'avons trouvé que 4 cas mortels ; dans les pleurésies secondaires, au contraire l'issue est le plus souvent funeste et sur 35 cas que nous avons rassemblés, 10 seulement ont été suivis de guérison.

Quand un épanchement s'est formé, il peut ou bien se résorber ou bien se transformer en épanchement purulent, et, dans ce dernier cas, la terminaison sera variable : le malade succombera aux progrès de l'affection et à la fièvre hectique, ou bien l'épanchement s'enkystera dans la région sus-diaphragmatique. Dans le cas d'enkystement, le malade pourra porter encore très-longtemps cette collection purulente ne donnant lieu à aucun signe fonctionnel très-notable, et qu'on pourra retrouver à l'autopsie ainsi que cela a été rencontré chez des vieillards (Graux, Bulletin de la Société anatomique, p. 478, 1874, et Boisseuil, Thèse de Paris, 1876), ou bien le pus fera irruption dans l'abdomen après perforation du diaphragme (obs. XLII, Andral), ou sera rejeté par une ou plusieurs vomiques pouvant être suivies de guérison.

Grisolle (Pathologie interne, 1er vol., p. 438) cite un cas de guérison après évacuation du pus par les bronches et par la région lombaire, et M. Gueneau de Mussy (Archives de juillet, 1879) rapporte deux observations de vomiques à la suite de pleurésies purulentes diaphragmatiques, et qui se terminèrent également par la guérison.

PRONOSTIC.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur le pronostic de l'affection qui nous occupe; les anciens la regardaient comme toujours mortelle. Laënnec la considérait comme un cas peu grave, et il en donnait comme preuve la rareté de ce cas pathologique à l'ouverture des cadavres, et la fréquence des traces de la guérison de ces pleurésies partielles.

Andral en a donné six observations toutes suivies de mort. — Pour Grisolle, elle se termine fréquemment d'une manière funeste à cause des troubles graves qui l'accompagnent.

Gueneau de Mussy, dans les Archives de 1853, la regarde aussi comme une affection très-grave; mais, dans ses Cliniques il admet les formes bénignes de la pleurésie diaphragmatique, et ajoute qu'il a vu cette maladie se terminer le plus souvent par la guérison.

Enfin, M. le professeur Peter (Archives, 1871) en fait une affection infiniment plus fréquente qu'on ne croit, et beaucoup plus bénigne que ne l'ont faite les auteurs qui ne la diagnostiquaient que dans ses cas excessifs, et la méconnaissaient dans ses cas légers.

C'est dans le but de chercher surtout à éclaircir cette question du pronostic, que nous avons divisé les 62 observations que nous avons pu rassembler en pleurésies primitives et pleurésies secondaires.

Après avoir examiné consciencieusement ces différents cas, nous croyons pouvoir exposer les résultats auxquels nous sommes parvenus, persuadé de leur utilité quand il s'agira de se prononcer sur le pronostic de l'affection qui nous occupe.

Sur 62 cas, nous trouvons que la guérison a eu lieu 33 fois et la mort 29 fois ; au premier abord, ce résultat ne paraît pas être en faveur d'une bénignité bien grande, mais il faut remarquer, ainsi que nous l'avons déjà dit, que les observations de pleurésie à forme bénigne et se terminant par la guérison, ne sont généralement pas publiées ; que ce sont, au contraire, celles qui ont présenté des particularités intéressantes ou se sont terminées par la mort qui attirent l'attention des observateurs.

Sur les 33 cas de guérison, 23 fois la pleurésie diaphragmatique était primitive, et dans ce nombre 19 avaient succédé à l'impression du froid ; dans les 10 autres cas de guérison, la pleurésie était survenue deux fois à la suite de pneumonie, quatre fois chez des rhumatisants, trois fois chez des tuberculeux, et avait succédé une fois à une péritonite sus-hépatique ; il est à remarquer que, chez ces derniers malades, l'affection a toujours eu des caractères de gravité (dyspnée forte, fréquence du pouls, température élevée, 41°,4 et 41°,8 dans les observations XXVIII et XXIX, albumine......) et une durée généralement plus longue que dans les cas de pleurésies primitives franches.

Sur les 29 cas terminés par la mort, quatre fois seulement la pleurésie était primitive ; or, dans l'observation XXIV qui nous est personnelle, la pleurésie devint purulente probablement sous l'influence de l'état puerpéral ; dans l'observation XXVI (Stoll) il y avait coïncidence de pneumonie ; dans le cas de Vergely (obs. XXVII) la mort eut lieu par apoplexie pulmonaire ; l'observation seule d'Andral (obs. XXV) nous montre une pleurésie diaphragmatique primitive franche terminée par la mort ; nous n'avons pu en trouver aucun cas semblable dans nos recherches.

— Les 25 cas de mort survenant à la suite de pleurésies

diaphragmatiques secondaires peuvent être répartis ainsi qu'il suit : dans l'observation XXXVIII qui nous est personnelle, le malade était atteint de néphrite interstitielle et de péricardite ; dans l'observation suivante (observation XXXIX, Chauffard), le malade était tuberculeux et l'affection pleurétique avait succédé à un pneumothorax. L'affection se montre dans 7 cas de tuberculisation pulmonaire (obs. XL d'Andral, où il y a arachnitis ; observ. XLII, où il y a perforation du diaphragme ; obs. XLI, XLIV et XLV, où il y a épanchement purulent ; obs. L, où il y a pneumonie, et enfin obs. XLIII sans complication). Trois fois la maladie succède à une pneumonie ; dans un cas, elle survient à la suite d'une pleurodynie et s'accompagne de purulence et de péritonite sus-hépatique (obs. XLVI), et dans un autre cas, accompagne une pleurésie costo-pulmonaire, avec épanchement également purulent (obs. XLVII). Nous trouvons encore un rhumatisme, une cirrhose compliquée de pneumonie, un érysipèle dans le cours d'une néphrite comme causes de mort dans les pleurésies secondaires, et enfin dans 6 cas, des péritonites puerpérales ou non ayant précédé l'affection de la plèvre.

Quelle est la part qu'il faut attribuer à la pleurésie diaphragmatique dans ces cas suivis de mort ? Il est incontestable que l'affection primitive, par la présence seule de la nouvelle phlegmasie, a acquis une gravité très-grande, mais faut-il pour cela regarder cette maladie comme devant être généralement funeste.

L'indication que nous en tirerons au point de vue pratique sera la suivante : si la pleurésie est primitive le pronostic devra toujours être très-favorable ; si la pleurésie est secondaire, la maladie sera le plus souvent très-grave et se terminera par la mort dans plus des deux tiers des

cas, surtout quand elle surviendra chez des tuberculeux ou qu'elle succédera à une péritonite.

Nous venons d'indiquer quel doit être le pronostic d'une manière générale ; relativement à la valeur pronostique des symptômes, on a généralement regardé comme graves le délire (dans nos observations nous ne le trouvons signalé que dans les cas terminés par la mort), le hoquet opiniâtre, une dyspnée excessive et les vomissements bilieux et répétés : la purulence de l'épanchement ajoute également à la gravité (9 fois sur 29 cas de mort), et c'est en vue de ce pronostic qu'il faudra rechercher avec soin les signes indiquant cette transformation suivie si rarement de guérison.

La *pleurésie double* est-elle plus grave que la pleurésie unilatérale ? On serait tenté de le croire en ayant égard à la gêne respiratoire apportée par l'immobilisation complète du diaphragme et à l'insuffisance de l'hématose ; mais il ne paraît pas toujours en être ainsi : nous avons trouvé, en effet, sur 62 cas 5 observations seulement suivies de mort, et 11 suivies de guérison. Sur les 5 cas de mort, 3 cas étaient consécutifs à une péritonite, 1 cas à une pleuro-pneumonie double, et dans le 5e la mort eut lieu subitement par apoplexie pulmonaire.

Il semble résulter de l'examen de nos observations, que l'extension inflammatoire d'une plèvre à l'autre loin d'augmenter l'intensité de la phlegmasie la diffuse en quelque sorte, et permet à l'affection d'entrer dans une nouvelle phase qui sera généralement suivie de la guérison.

Relativement au *côté* affecté, la pleurésie gauche est plus souvent suivie de mort (12 cas à gauche pour 9 cas à droite) ; est-ce à l'influence de la péricardite qui accompagne souvent la pleurésie diaphragmatique gauche qu'il faut attribuer cette fréquence plus grande.

Un nombre plus considérable d'observations serait nécessaire pour résoudre la question.

TRAITEMENT.

Nous n'insisterons pas sur le traitement qui sera, d'une manière générale, celui de la pleurésie aiguë ; mais il est cependant quelques indications spéciales résultant du siége de l'affection et de la douleur vive qui l'accompagne; l'application de ventouses scarifiées sur le trajet des insertions diaphragmatiques est ordinairement suivie d'un grand soulagement; les vésicatoires en ceinture à la base de la poitrine, les topiques calmants devront être employés ; les narcotiques à l'intérieur et les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine calment générale ment les souffrances si vives du malade.

M. Bucquoy recommande l'émétique à la dose de 0,10 c. à 0,15 c. quand il y a congestion pulmonaire concomitante, et la digitale en teinture (15 à 20 gouttes) quand la fièvre est vive.

Quand on a reconnu l'existence d'un épanchement purulent sous-diaphragmatique, quelle sera la conduite à tenir? C'est dans ce cas que M. Gueneau de Mussy (Archives de juillet 1879) se demande s'il ne serait pas possible de tenter quelque chose pour soustraire le malade à une mort presque certaine, et si on ne pouvait, en faisant une large incision dans le septième ou le huitième espace intercostal et dans l'axe de l'aisselle, introduire entre les côtes, dont le diaphragme augmente l'écartement, le doigt ou un instrument mousse, comme une sonde aplatie, pour tenter de décoller et de soulever le bord du poumon afin d'arriver ainsi jusqu'au foyer et d'établir au besoin, au moyen d'un tube, un écoulement permanent.

CONCLUSIONS.

La pleurésie diaphragmatique est une affection plus fréquente qu'on ne le croit généralement ; elle peut passer inaperçue et demande à être recherchée avec soin dans ses cas légers.

Elle ne s'accompagne pas toujours du cortége des symptômes donnés comme caractéristiques et peut, dans une variété de forme bénigne, s'écarter de la marche indiquée par les anciens auteurs.

Le pronostic de la pleurésie diaphragmatique primitive, c'est-à-dire se développant au milieu d'un état de bonne santé (dans la majorité des cas sous l'influence du froid), devra toujours être très-favorable.

Dans les pleurésies secondaires, au contraire, (pleurésies survenant consécutivement à une maladie inflammatoire ou pendant le cours d'une maladie chronique), le pronostic sera des plus graves, l'affection se terminant par la mort dans plus des deux tiers des cas.

Ce pronostic, tel que nous venons de le formuler, s'applique non-seulement aux pleurésies unilatérales, mais également aux pleurésies doubles regardées ordinairement comme mortelles.

OBSERVATIONS.

Nous avons cru pouvoir diviser nos observations en deux groupes : 1° Les pleurésies diaphragmatiques primitives c'est-à-dire se développant au milieu d'un état de bonne santé et pouvant se compliquer elles-mêmes d'autres affections; dans ce premier groupe figurent les observations de pleurésie à forme bénigne. 2° Les pleurésies diaphragmatiques secondaires survenant consécutivement à une autre maladie inflammatoire ou pendant le cours d'une maladie chronique.

Chacun de ces groupes comprendra lui-même : en premier lieu les cas terminés par la guérison, et, en second lieu, les cas suivis de mort.

1er Groupe : Pleurésies diaphragmatiques primitives.

1° PLEURÉSIES DIAPHRAGMATIQUES PRIMITIVES TERMINÉES PAR LA GUÉRISON.

OBSERVATION I (Personnelle). — Pleurésie diaphragmatique double, plus prononcée à droite. Marche rapide. Guérison.

Pa..., âgée de 20 ans, couturière, entre à la Charité le 24 mai 1879, dans le service de M. Bourdon.

De bonne constitution, elle n'a jamais fait aucune maladie : pas d'antécédents de rhumatisme. Menstruation régulière.

Quinze jours avant son entrée, elle était au début de ses règles ; elle s'est, à ce moment, heurtée au niveau de la fosse iliaque droite contre l'angle d'une table : la menstruation a continué ; elle a ressenti des douleurs dans cette région pendant quelques jours, mais a continué ses occupations comme d'habitude ; elle n'a eu à ce moment ni vomissement, ni ballonnement du ventre, etc., en un mot aucun signe indiquant une inflammation péritonéale même légère.

Huit jours après environ, dans la soirée du 10 mai, elle éprouve dans la rue une sensation de froid très-marquée ; arrivée chez elle, elle se met au lit avec un frisson très-léger, suivi de sueurs abondantes pendant la nuit. En même temps, elle ressent sous le sein droit un point de côté très-violent, avec sensation d'arrachement. Elle est très-gênée pour respirer et est essoufflée au moindre effort.

Pendant les jours suivants, état fébrile léger, surtout le soir et pendant la nuit, sueurs abondantes : la douleur persiste très-violente sous le sein droit, elle ne peut se coucher que sur le côté gauche.

Elle tousse très-peu et sa toux est accompagnée de quelques crachats blanchâtres.

Trois jours avant son entrée, elle ressent un point de côté sous le sein gauche : en même temps se développent des douleurs spontanées au niveau des apophyses épineuses de la onzième et de la douzième vertèbre dorsale ; depuis ce moment la malade est dans l'impossibilité de se coucher sur le côté droit ou sur le côté gauche qui est cependant le moins douloureux.

Perte légère d'appétit, sans nausées ni vomissements. L'avant-veille de son entrée, elle a eu un peu de hoquet, qui n'a duré que quelques minutes.

24 mai. Elle entre à l'hôpital : son visage est coloré (ce qui est ordinaire chez elle, dit-elle) et exprime une anxiété légère : elle est dans le décubitus dorsal, dyspnée forte ; quarante-quatre inspirations par minute ; la malade ne peut faire une grande inspiration, ni tousser en raison de la douleur extrêmement forte qu'elle en ressent. Le type respiratoire est très-nettement le type costo-supérieur ; le diaphragme est immobilisé complétement, l'abdomen n'est ni rétracté, ni ballonné et l'on ne constate aucun des signes de la paralysie du diaphragme.

La malade accuse des douleurs au creux épigastrique, au niveau du point abdominal de Gueneau de Mussy à droite, dans la région lombaire et quelques douleurs dans le moignon de l'épaule droite : à gauche douleurs légères sous le sein.

La pression, pratiquée d'arrière en avant, est douloureuse : en arrière au niveau des apophyses épineuses des dernières dorsales, aux attaches diaphragmatiques costales, principalement sur les parties latérales droites et surtout au bouton diaphragmatique ; en ce point, la douleur est extrêmement vive et fait pousser des cris à la malade qui cherche à se dérober à la pression par un mouvement brusque.

La pression du phrénique droit au niveau du cou, entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien, produit une douleur assez vive au niveau du diaphragme : douleur assez vive également au diaphragme en pres-

sant le long du bord droit du sternum, surtout à la hauteur de la deuxième et de la troisième côte.

Le refoulement du foie en haut vers le diaphragme fait pousser des cris à la malade : le foie lui-même n'est pas douloureux. Sensibilité légère à la pression dans la fosse iliaque droite. Du côté gauche, douleurs spontanées et provoquées par la pression, légères le long des nsertions diaphragmatiques et au bouton diaphragmatique, mais moins prononcées qu'à droite. L'examen de la poitrine ne fait constater aucune voussure : les côtes inférieures des deux côtés sont immobilisées en arrière et sur les parties latérales.

Submatité dans le tiers inférieur des deux côtés, plus prononcé à droite : murmure vésiculaire très-net en haut et à la partie moyenne, très-affaibli en bas surtout à droite, pas de souffle ni d'œgophonie. La malade faisant des inspirations extrêmement courtes et ne pouvant tousser, il en résulte que les plèvres frottent peu l'une contre l'autre. Les vibrations thoraciques ont disparu aux bases et persistent dans le reste de l'étendue.

Pouls à 88 ; temp. de 38,5. Insp., 44. Céphalalgie légère : langue un peu blanche. Anorexie. Constipation. Pas de teinte jaunâtre des conjonctives, pas de difficulté pour uriner. Urines un peu rouges, sans albumine.

Le 25, matin : la dyspnée est un peu moins forte, les inspirations sont un peu plus longues : les points douloureux spontanés et provoqués persistent, toujours prononcés à droite. Les signes physiques donnent peu de renseignements sur l'état de l'affection diaphragmatique.

Prescription : Tis. pectorale. Sinapismes sur les points douloureux. Injection de 0,01 de chlorhydrate de morphine. Julep diacodé. Potages Pouls à 82. Temp. de 37,5. Insp. 38.

Le 25, soir. La douleur est toujours forte. Décubitue dorsal : pas de changement dans l'auscultation et la percussion. Rien au cœur. Epistaxis peu abondante. Pouls à 90. Temp. de 39,5. Insp. 40.

Le 26, matin. La malade a peu dormi. Les douleurs persistent, toujours beaucoup plus faibles à gauche ; submatité aux deux bases, plus élevée à droite. Quelques secousses de toux, très-douloureuses ; crachats blanchâtres. Pouls à 94. Temp. 37, 4. Resp. 38.

Prescription : Julep opiacé à 0,05. 6 ventouses scarifiées à la base de la poitrine à droite.

Le 26, soir. La malade a été soulagée par l'application des ventouses ; elle a pu dormir ; la dyspnée est moindre ; les inspirations sont plus longues ; les douleurs lombaires sont plus prononcées Ses règles, en avance selon leur habitude, ont paru dans l'après-midi. Des douleurs spontanéés sus claviculaires se sont montrées du côté droit. Le faciès est moins rouge ; pas d'ictère. Elle a pu se coucher sur le côté

gauche, qui est moins douloureux. La respiration est toujours costo-supérieure ; à l'examen physique de la poitrine, la percussion et l'auscultation n'indiquent aucun changement ; pas de frottements. Pouls 96. Temp. 39, 5. Resp. 32.

27 mai, matin. La malade a un peu dormi, elle éprouve une légère difficulté pour uriner. Pouls 92. Temp. 37, 2. Resp. 32

27 mai, soir. Les règles continuent ; douleurs abdominales depuis la matinée, surtout prononcées à droite et sur la ligne médiane ; ces douleurs sont augmentées par la pression. (Elle dit souffrir habituellement pendant ses règles). Pas de ballonnement de l'abdomen, pas de nausées, ni de vomissements, ni d'ictère. Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont libres et non douloureux ; les douleurs du côté droit à a base de la poitrine paraissent diminuées. Cataplasmes laudanisés sur l'abdomen. Pouls 96. Temp. 39. Resp. 34.

28 mai, matin. Douleurs abdominales diminuées. Pouls 88. Temp. 37, 3. Resp. 32.

28 mai, soir. Les douleurs abdominales sont plus fortes que la veille. Pas d'empâtement dans l'abdomen ; la malade urine bien ; les règles se sont arrêtées. La pression des points douloureux phréniques est mieux supportée ; les inspirations sont plus longues ; la matité diminue aussi aux bases. Cataplasmes laudanisés. Injection de morphine.

Pouls 92. Temp. 38,8. Insp. 32.

29 mai, matin. Etat meilleur. Les douleurs aux insertions diaphragmatiques sont moins fortes ; celle au niveau du bouton diaphramatique persiste. Temp. 37,1.

29 mai, soir. Amélioration persiste. La respiration est presque normale. Temp. 37,3.

30 mai, soir. La malade ne souffre presque plus. Aux deux bases, submatité légère, surtout à droite ; aucun signe à l'auscultation.

31 mai, soir. Etat bon. La malade s'est levée ; appétit ; quelques douleurs à la pression au niveau du bouton diaphragmatique. Il n'y a plus aucune douleur dans la fosse iliaque.

2 juin, soir. Etat très-bon. Matité revenue dans toute la poitrine ; le murmure vésiculaire s'entend aux deux basses ; pas de frottement. Quand la malade fait une grande inspiration ou qu'elle tousse, elle ressent encore de la douleur au niveau des insertions du diaphragme.

3 juin, matin. La malade demande à sortir ; elle est en très-bon état.

Obs. II (Personnelle). — Pleurésie diaphragmatique double, plus prononcée à droite. Douleurs persistant après la guérison. Induration du sommet droit.

Tétût, Louis, 39 ans, domestique, entre le 13 mai 1879, à la Charité, dans le service de M. Bourdon.

Pendant son service militaire, a fait des excès alcooliques et a eu, à Rome, des fièvres intermittentes.

Il y a six mois, étant employé dans une teinturerie, il a été saisi par le froid en sortant d'un séchoir. Le lendemain, point de côté à droite, au-dessous du mamelon; frisson prolongé; sueurs abondantes; quelques crachats teintés de sang; accès de toux.

Il suspend son travail pendant dix à douze jours, et se place après cette époque comme domestique.

Pendant un mois, il se trouve en bon état; il s'expose de nouveau au froid, commence à tousser légèrement, mais sans avoir ni point de côté, ni hémoptysie, ni sueurs, ni diarrhée (pas d'antécédents de famille).

Deux mois avant son entrée, la toux a encore augmenté; crachats, surtout le matin, clairs, sauf dans les derniers temps. L'appétit est conservé. Les symptômes qu'il indique paraissent faire croire qu'il a eu une bronchite.

Il y a environ trois semaines, à la suite d'un nouveau refroidissement, il a été pris d'un frisson peu intense, avec point de côté droit; ce point de côté ne siégeait pas au-dessous du mamelon, mais beaucoup plus bas, et environ au niveau de l'intersection de la ligne axillaire et de la dixième côte environ, d'après le siége qu'il indique. Ce point a duré deux à trois jours. Pendant les secousses de toux, il ressentait un autre point douloureux dans la région lombaire. Oppression forte, toux, avec quelques crachats blanchâtres. L'état s'améliore les jours suivants.

Le 11 mai, il est encore saisi par le froid dans la rue. Dans la journée, frisson de près de trois heures, avec claquements de dents; sueurs abondantes. Douleur très-vive dans le côté droit de la poitrine. Cette douleur siége dans la région de l'hypochondre droit et s'irradie dans le flanc droit; de plus, elle s'irradie aussi du côté de l'épaule droite. Céphalalgie violente; perte de l'appétit. Le malade ne peut se coucher sur le côté droit sans avoir un violent accès de toux. Dyspnée le lendemain et léger mouvement fébrile.

Dans la nuit du 12 au 13, le décubitus dorsal est impossible; le malade est dans l'orthopnée. Plusieurs fois il a essayé de se coucher, mais chaque fois il a été pris de dyspnée si violente et d'accès de toux si pénibles, qu'il était obligé de s'asseoir immédiatement. Les secousses de toux déterminent de la douleur dans l'hypochondre droit, dans la partie antérieure droite de la poitrine, et le long du bord droit du sternum. Crachats clairs, aérés. Urines rouges. Appétit diminué.

Le 13 mai, jour de son entrée, à la visite du soir, le malade est couché dans son lit, sur le côté gauche. Inspirations courtes, pénibles : quand le malade essaie de faire une forte inspiration, il ressent une vive douleur dans le côté droit, au niveau de la base de la poitrine.

La respiration s'effectue par le type costo-supérieur ; le diaphragme est immobilisé. Le malade accuse des douleurs spontanées très-vives à la base de la poitrine du côté droit, avec irradiations dans le flanc droit et le long du bord droit du sternum ; ces douleurs sont augmentées par les secousses de toux, qu'il essaie d'éviter le plus possible.

A la pression, on détermine de la douleur au niveau des dixième, onzième et douzième apophyses épineuses dorsales ; en partant de la partie postérieure et venant en avant, en suivant les attaches diaphragmatiques droites aux six dernières côtes, on détermine une douleur très-vive. Le malade se retire à chaque pression et sent sa respiration s'arrêter ; très-forte sur la ligne axillaire, elle augmente en avant, et a son maximum au niveau du bouton diaphragmatique, c'est-à-dire à l'insertion de la ligne suivant le bord droit du sternum et de celle continuant la direction de la dixième côte droite. Douleur de l'appendice xyphoïde.

En pressant sur l'hypochondre droit de bas en haut, et refoulant le foie vers le diaphragme, le malade sent une douleur profonde qui s'irradie le long du bord sternal. La pression pratiquée sur le phrénique au cou, entre les attaches du sterno-mastoïdien, cause une sensibilité très-vive dans la région diaphragmatique et le long du bord sternal ; la pression directe le long de ce bord n'éveille de la douleur qu'au niveau de la partie inférieure.

Du côté gauche, légères douleurs en pressant d'arrière en avant les attaches du diaphragme ; un peu plus forte au niveau du bouton diaphragmatique gauche, elle n'est pas ressentie en pressant le phrénique au cou. La percussion révèle de la matité dans toute la partie supérieure du poumon droit en arrière ; submatité aux deux bases, très-légère à gauche, beaucoup plus marquée à droite. En avant, matité sous la clavicule droite. Augmentation des vibrations thoraciques et de la résonnance de la voix au sommet droit.

A l'auscultation, râles sibilants et sous-crépitants, surtout en arrière à droite, quelques-uns en avant. Respiration légèrement soufflante. La partie moyenne du poumon droit ne présente rien de particulier. A la base, en arrière et à droite, frottements très-nombreux et très-caractéristiques ; ils se continuent sur le côté et cessent au niveau de la ligne axillaire ; ils sont disséminés sur une hauteur de 3 à 4 centimètres environ. Quelques frottements au même niveau à gauche, mais très-peu nombreux, et seulement lorsqu'on fait tousser le malade. Pas de voussure aux bases. Il n'y a ni œgophonie ni souffle, et le murmure vésiculaire est conservé aux deux bases. Quelques secousses de toux. Crachats blanchâtres. Le facies exprime une anxiété légère ; pas de hoquet, ni vomissement, ni ictère. Urines normales, ne contenant pas d'albumine.

Pouls 88. Temp. 38,4.

14 mai, matin. Le malade a pu dormir un peu; toujours couché sur le côté gauche. Pas de modifications dans les douleurs ni dans l'état physique de la poitrine. Prescription : tisane pectorale; large vésicatoire à la base droite et en arrière; julep opiacé, 0,05.

Pouls 84. Temp. 38.

14 mai, soir. Le malade dit souffrir un peu moins; quelques crachats blanchâtres. Les douleurs spontanées et provoquées persistent.

Pouls à 84. Temp. 38,3. Insp. 36.

15 mai, matin. La nuit a été moins bonne; les secousses de toux ont été plus fréquentes; la respiration cependant est plus facile; les râles diminuent au sommet du poumon droit; les frottements persistent aux bases.

Pouls à 80. Temp. 38,1. Insp. 32.

15 mai, soir. Etat meilleur. Le malade ne ressent presque plus de douleur spontanée, mais les points douloureux persistent à la pression, sauf celui du phrénique au cou.

Pouls à 80. Temp. 38,2. Insp. 32.

16 mai, soir. Le malade a senti le froid dans la matinée. Vers une heure, petit frisson, sans claquement de dents : cette sensation de froid dure jusqu'à trois heures; pas de sueurs après. Pas de modification appréciable à droite, si ce n'est au sommet, où l'on n'entend plus que quelques râles sibilants.

Du côté gauche, à la base, les frottements s'entendent plus nombreux et à un niveau plus élevé. Submatité très-prononcée à la base; pas d'œgophonie. Faiblesse du murmure respiratoire. Langue blanche.

Pouls 96. Temp. 39,7.

17 mai, matin. Etat bon; le malade a dormi. L'état fébrile a cessé. Pas de vomissements.

17 mai, soir. Au côté droit, quelques râles sibilants à la partie moyenne; à la base, les frottements ont diminué ainsi que la matité. A gauche, les frottements persistent; faiblesse du murmure respiratoire à la base; vibrations thoraciques moins fortes. La douleur à la pression a beaucoup diminué.

Pouls 84. Temp. 38,2. Insp. 32.

18 mai, soir. Le malade se plaint d'une douleur à la partie interne du bras droit, surtout quand il tousse; les frottements persistent encore des deux côtés.

10 mai, soir. La douleur du bras a cessé.

20 mai, soir. La douleur de la base de la poitrine à gauche a pris une nouvelle intensité; les insertions du diaphragme sont aussi plus douloureuses.

21 mai, soir. Les signes à l'auscultation et à la pression sont presque

nuls; quelques frottements à la base droite et quelques râles sous-crépitants au sommet droit. Il n'y a plus d'état fébrile.

25 mai, soir. Le malade ne souffre que pendant les secousses de toux; quelques douleurs encore à la pression du phrénique sur le bord du sternum.

31 mai, soir. Les insertions diaphragmatiques droites sont devenues douloureuses quand le malade tousse, fait une grande inspiration ou un effort. De temps en temps, sensation d'étouffement. Il n'y a plus d'expectoration. L'auscultation et la percussion ne donnent plus aucun signe aux deux bases. Quelques signes d'induration seulement au sommet droit.

8 juin. La respiration se fait très-bien dans les deux poumons. Obscurité légère au sommet droit; il n'y a plus de toux ni d'expectoration, mais le malade se plaint de la persistance de douleurs dues à la névralgie du phrénique, douleurs au niveau des insertions antérieures du diaphragme, le long du bord droit du sternum, et à la partie interne du bras droit quelquefois; elles reviennent par accès.

25 juin. Le malade part pour Vincennes en très-bon état; induration légère du sommet droit. Quelques douleurs encore aux insertions du diaphragme à droite.

Obs. III (due à l'obligeance de notre excellent collègue Eug. Monod, interne des hôpitaux). — Pleurésie diaphragmatique double, plus prononcée à droite. Guérison.

X..., âgé de 24 ans, raffineur, entre le 18 octobre 1877, à Cochin, dans le service de M. Bucquoy, salle Sainte-Marie, n° 1.

Constitution assez robuste ; aucune maladie grave antérieure.

Il y a un mois, il a été pris d'un point de côté à droite, au-dessous du sein, point de côté assez intense pour l'obliger à cesser son travail, mais sans fièvre. Bon appétit. Sommeil excellent.

Le point de côté a persisté ainsi jusqu'à ces derniers jours ; il y a trois jours, le malade a été pris de petits frissons, de fièvre, de dyspnée et d'une toux sèche, sans expectoration.

18 octobre, matin. A son entrée, fièvre modérée. Temp. 38,4. Oppression assez vive. Toux quinteuse ; quelques crachats muco-purulents. Rien à noter du côté du tube digestif et du système nerveux. A l'inspection du thorax, un peu de voussure à droite en arrière ; à la palpation, diminution des vibrations thoraciques à droite ; à la percussion, submatité dans les deux tiers et à droite ; à l'auscultation, souffle doux prononcé surtout à l'expiration. Œgophonie du côté gauche ; quelques petits râles sous-crépitants. Le foie n'est pas abaissé au-dessous des fausses côtes.

Diagnostic.— Point pleurétique à droite, datant d'un mois, et qu'est venu compliquer une pleurésie à épanchement médiocre.

Traitement. — Dix ventouses scarifiées sur les points douloureux. Julep à 0,20 de tartre stibié. Chiendent.

19 octobre, matin. Le malade a vomi hier plusieurs fois. Oppression toujours assez considérable, bien qu'elle soit moindre. Temp. 38,2.

19 octobre, soir. Pas de changement. Temp. 39,4.

20 octobre, matin. Douleur au rebord des fausses côtes du côté droit à la pression. Pendant l'inspiration, l'épigastre se déprime. Douleur à la pression entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien. Le malade immobilise son diaphragme ; la respiration affecte le type costo-supérieur. La plèvre diaphragmatique s'est prise. Temp. 38,4

Traitement. — Vésicatoire. Tartre stibié à 0,15.

20 octobre, soir. Température de 39,2.

21 octobre, matin. La plèvre gauche se prend à son tour ; submatité dans le tiers inférieur ; souffle doux. Œgophonie. Douleur au rebord des fausses côtes. Temp. 38,3.

Traitement. — Tartre stibié à 0,10 et sirop diacodé, 30 gr.

21 octobre, soir. Température de 39,4. Nul changement dans l'état du malade jusqu'au 28 octobre. La température le matin se maintient entre 37,2 et 38,4, et le soir entre 38,9 et 39,6. A partir du 28 octobre, l'épanchement gauche diminue rapidement ; l'épanchement droit diminue un peu ; la fièvre tombe vers le 31 octobre ; la température, qui les jours précédents avait encore atteint 39,2 le soir, descend à 37,1 le 1er novembre.

4 novembre. Le malade se trouve dans un état satisfaisant, sans fièvre, ayant bon appétit, et avec un épanchement à droite, résorbé en grande partie ; cependant il y a toujours du souffle doux et de l'œgophonie. On continue le tartre stibié à la dose de 0,05 centig. Le souffle diminue de plus en plus, et le 7 novembre on n'entend plus que des frottements à droite. A gauche, la respiration est devenue tout à fait normale.

Le 10. Le malade part pour Vincennes, ne conservant plus à droite qu'un peu de submatité et quelques rares frottements.

OBS. IV (communiquée par M. Eug. Monod, interne des hôpitaux). — Pleurésie diaphragmatique double plus prononcée à gauche. Guérison.

Trép..., âgé de 26 ans, maréchal ferrant, entre à Cochin, le 10 novembre 1877, dans le service de M. Bucquoy, salle Saint-Philippe, n° 14.

Très-bonne santé antérieure ; n'a jamais fait de maladie ; rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Le 9 novembre soir, à la suite d'excès de boissons, ce malade se rap-

pelle être tombé le ventre sur le coin d'un trottoir; il ignore s'il a reçu un coup. Il a passé la nuit dans la rue, et le lendemain matin, ayant été trouvé sans connaissance sur la voie publique, on l'a amené à l'hôpital, dans le service de chirurgie.

Quand il est revenu à lui, il a senti une violente douleur dans l'abdomen, surtout au niveau de l'ombilic et dans le flanc gauche; en même temps le malade éprouvait une grande gêne de la respiration. (On n'a remarqué aucune trace d'ecchymose ni sur l'abdomen, ni ailleurs.)

Le malade n'a pas eu de vomissements; il est complétement immobile dans son lit; tout mouvement est très-douloureux. Quand on assied le malade sur son lit, on remarque qu'il a de la raideur des muscles de la nuque, mais sans point douloureux de la colonne vertébrale, ni phénomènes paralytiques. Rien dans les urines.

Immobilité complète du diaphragme. Respiration costale supérieure accélérée; pas de matité; diminution du murmure vésiculaire aux bases.

Le 14 novembre, on le transporte en médecine.

15 novembre, matin. Le malade se plaint d'une douleur très-vive dans le flanc gauche, douleur qui descend vers le pubis; cette douleur s'exaspère par la pression au niveau des fausses côtes, et elle s'accompagne d'une douleur spontanée dans l'épaule gauche; quand on presse entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien gauche, on détermine une vive douleur. La percussion montre que la sonorité est normale en haut et en avant. A gauche et en arrière, il y a de la matité dans le tiers inférieur du poumon; à droite, elle ne s'étend qu'à quatre travers de doigt.

Diminution très-notable des vibrations thoraciques; souffle doux voilé, surtout expiratif à gauche, avec un peu d'œgophonie. A la partie moyenne du poumon, on entend quelques frottements qui persistent après la toux; à droite, quelques frottements sans souffle ni œgophonie, limités à la base. Le ventre est légèrement ballonné, douloureux dans toute son étendue, surtout à gauche. Constipation. Temp. 39. On ordonne huit ventouses scarifiées à gauche, au niveau des insertions du diaphragme.

16 novembre, matin. Sous l'influence des ventouses, il s'est produit une légère détente dans la douleur; le malade respire plus librement; les inspirations sont moins accélérées, le souffle est plus net; l'œgophonie également à gauche, mais ne remontant pas au-dessus du tiers inférieur du poumon; pas de souffle à droite. Vésicatoire. Temp. 38,2, et le soir de 38,4.

17 novembre, matin. A midi, la veille, le malade a de nouveau éprouvé une douleur très-violente dans le ventre; l'hypochondre gauche et la région ombilicale sont le siége de douleurs extrêmement vives à la pression. Pas de vomissements; mêmes signes sthétoscopiques.

Pas de déviation du cœur, qui bat régulièrement. Quand on fait parler le malade, il paraît avoir un peu de contracture du maxillaire. Julep avec acétate d'ammoniaque, 2 gr., et teinture de digitale, 0,75 centigr.

18 novembre, matin. La douleur abdominale a disparu; le malade se plaint encore du côté gauche et de l'épaule. Douleur à la pression sur le trajet des phréniques des deux côtés. A la percussion, à gauche, matité qui remonte à 4 cent., au-dessus de l'épine de l'omoplate; à droite, elle ne s'étend qu'à 6 ou 7 cent. au-dessus des fausses côtes. Diminution des vibrations thoraciques à gauche, et souffle doux, aspiratif, superficiel ; il s'entend au niveau de l'épine de l'omoplate jusqu'à la base; il ne s'entend pas du côté de l'aisselle; à la partie supérieure, il s'accompagne de quelques frottements. Œgophonie. A la base droite, dans l'étendue de 5 à 6 cent., faiblesse extrême du murmure vésiculaire; quelques frottements ; pas de souffle, pas d'œgophonie ; en haut et en avant, rien de particulier. Pas d'expectoration. Rien au cœur.

24 novembre. Plus de douleurs en ceinture ; la douleur persiste dans l'épaule et le long du phrénique gauche. Respiration facile. Peu de fièvre; 38,4. Œgophonie à gauche ; à droite, quelques frottements à la base.

25 novembre. Le malade éprouve de nouveau des douleurs très-violentes dans tout le côté gauche de l'abdomen et de la poitrine; ces douleurs s'irradient en haut vers l'épaule et le cou, en bas jusque dans la fosse iliaque. Gêne extrême de la respiration; immobilité thoracique gauche : mêmes signes à l'auscultation. Huit ventouses scarifiées.

26 novembre. La douleur a disparu. Mêmes signes à l'examen de la poitrine.

1er décembre. Souffle dans le tiers inférieur du poumon gauche ; œgophonie ; pas de douleur. Quelques frottements à droite.

8 décembre. Le souffle a disparu ; frottements superficiels assez abondants, à gauche surtout; la matité persiste. Etat général très-bon ; le malade se lève.

24 décembre. Part à Vincennes, en bon état.

Obs. V (communiquée par M. Eug. Monod, interne des hôpitaux). — Pleurésie diaphragmatique double, plus prononcée à droite. Guérison.

Luiset, 25 ans, journalière, entre à Cochin, le 8 juillet 1878, dans le service de M. Bucquoy, salle Saint-Léon, n° 3.

Bonne santé antérieure ; menstruation régulière. Accouchée pour la première fois le 31 mai dernier ; suites de couches normales.

Le 3 juillet au soir, elle est prise subitement d'un violent point de côté à droite; frissons répétés pendant la nuit suivante ; insomnie.

Le lendemain et les jours suivants, elle continue à faire son ouvrage,

malgré la douleur qu'elle ressent dans le côté. Cette douleur était augmentée par la toux, rare, du reste, et par les fortes inspirations. Expectoration nulle. Dans son lit, elle ne pouvait prendre d'autre position que le décubitus dorsal. Dyspnée modérée; céphalalgie; inappétence; constipation.

8 juillet. Entrée le matin. La douleur de côté est toujours vive; elle n'occupe pas un point isolé, mais s'étend à toute la moitié correspondante de la cavité thoracique. La pression au niveau des différentes attaches diaphragmatiques l'exagère ; le refoulement de l'hypochondre droit, de bas en haut, est également très-sensible. Le point xyphoïdien signalé par Gueneau de Mussy n'existe pas.

A la percussion, submatité dans le tiers inférieur du poumon droit, qui devient d'une matité complète tout à fait à la base; du côté gauche, submatité à la base. Vibrations thoraciques diminuées, mais non abolies des deux côtés. A l'auscultation, absence de murmure aux deux bases, dans une étendue plus grande à droite qu'à gauche, œgophonie marquée dans les mêmes points, sans souffle.

Peu de dyspnée, visage coloré; pas d'anxiété. Respiration un peu irrégulière; elle affecte le type costal inférieur; les mouvements du diaphragme sont inégaux. Langue blanche.

Huit ventouses scarifiées sur le côté droit.

10 juillet. Râles frottements à la base du côté droit ; souffle diffus à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Œgophonie. Le murmure vésiculaire reparaît à gauche. Apparition des règles. Etat général bon, malgré un mouvement fébrile assez prononcé.

La douleur a diminué; il reste cependant des points douloureux à la pression sur la circonférence du thorax, en arrière et sur la ligne axillaire au niveau de la neuvième ou dixième côtes. Petite toux sèche depuis le matin ; crachats blanchâtres.

14 juillet. Douleur persistante du côté droit. Un peu de fièvre le soir; la malade reste pâle et faible. La douleur par compression du phrénique a disparu. Comme signes, quelques râles frottements au tiers inférieur du côté droit; quelques-uns à gauche.

20 juillet. Il n'y a presque plus de râles; il reste toujours un point douloureux. Les forces reviennent ; mais la malade a toujours une pâleur très-grande.

30 juillet. Plus rien à l'auscultation ; la malade est toujours pâle et se sent encore faible sur ses jambes. Part au Vésinet.

Obs. VI (communiquée par M. Eug. Monod, interne des hôpitaux). — Pleurésie diaphragmatique double, plus prononcée à droite. Guérison.

Léonard, 51 ans, maçon, entre le 21 juillet 1878 à Cochin, dans le service de M. Bucquoy, salle Saint-Philippe, n° 4.

Homme robuste, bien constitué, ayant toujours joui d'une bonne santé.

Le 16 juillet, vers 7 heures du matin, pendant son travail, il est pris d'un frisson intense, il est immédiatement ramené chez lui et se met au lit. Il éprouve une céphalalgie violente, avec sensation de courbature dans les membres ; quelques nausées sans vomissements.

Le soir, il ressent une douleur vive dans tout le côté droit ; en même temps, il est pris d'une toux sèche, sans expectoration ; chaque accès de toux augmente le point de côté.

Insomnie et agitation dans la nuit du 16 au 17 ; il paraît avoir eu un peu de délire ; les frissons se sont répétés jusqu'au lendemain matin.

La toux sèche ainsi que le point de côté persiste les jours suivants. Peu de dyspnée ; pas d'expectoration.

21 juillet. A son entrée, son état est le suivant : face pâle; teint légèrement subictérique; pas d'anxiété respiratoire, pas de fièvre. Temp. 37, 5.

A la percussion, submatité de la moitié inférieure du poumon droit et dans le quart inférieur du poumon gauche.

A la palpation, on provoque une douleur vive en exerçant une pression au niveau de l'angle antérieur des huitième, neuvième et dixième côtes. La même douleur existe le long de la partie moyenne de ces côtes. Douleur le long du bord droit du sternum, sur la moitié inférieure de ce bord. Douleur par le refoulement du foie de bas en haut ; enfin le malade accuse une vive douleur qu'il rapporte à la région diaphragmatique dès qu'on comprime le phrénique entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien ; la même exploration faite à gauche ne réveille aucune sensibilité.

A l'auscultation, râles superficiels, s'entendant dans les deux temps ; au tiers inférieur du poumon droit et tout à fait à la base gauche râles, frottements, perceptibles seulement à l'inspiration. Pas de souffle, pas d'œgophonie. Vibrations thoraciques conservées. Pas de signe de paralysie du diaphragme à droite. Léger abaissement du foie Huit ventouses scarifiées à droite.

22 juillet. La douleur a diminué ; les points douloureux à l'intersection des lignes sternale et costale ont disparu ; la douleur par la compression du phrénique a diminué. On provoque toujours de la douleur en pressant sur les différents points de la circonférence de la base thoracique et des deux côtés et en refoulant le foie vers le diaphragme.

24 juillet. La douleur n'est éveillée qu'en pressant fortement au niveau des attaches diaphragmatiques. Toux sèche, peu fréquente. La face reste pâle. Etat général excellent. Soif vive. Appétit.

2 août. Le malade sort en bon état. On n'entend plus rien à l'auscultation et il n'y a plus aucune douleur.

Obs. VII (communiquée par M. Eug. Monod, interne des hôpitaux).
Pleurésie diaphragmatique droite. Guérison.

Prévot, 45 ans, journalier, entre à Cochin le 14 août 1878, dans le service de M. Bucquoy, salle Saint-Philippe, lit n° 19.

Rien à noter dans les antécédents.

Le 7 août, au milieu d'une santé parfaite, il reste pendant quelque temps exposé à la pluie. Le soir il ressent un point du côté droit et a quelques frissons; il essaie néanmoins de retourner à son travail le lendemain; mais le point de côté persistant, il rentre chez lui et se met au lit qu'il n'a pas quitté depuis.

A son entrée, le 14 août, il se plaint d une douleur occupant tout le côté droit; douleur exaspérée par la toux et par les fortes inspirations. Toux quinteuse, peu fréquente, sans expectoration. A la percussion, submatité dans le quart inférieur de la hauteur du poumon droit; pas de diminution de sonorité à gauche.

A l'auscultation, on entend la respiration dans toute la hauteur du poumon; elle est seulement légèrement diminuée vers la base; dans le même point, on perçoit quelques râles frottements qui restent localisés tout à fait à la base. Pas de souffle.

Le symptôme dominant est la douleur; elle est concentrée; on l'exaspère dès qu'on exerce une pression au niveau des points d'insertion du diaphragme; elle est surtout vive quand on refoule de bas en haut le foie vers le diaphragme. 6 ventouses scarifiées.

15 août. La douleur, quoique un peu diminuée, existe toujours; le malade est assez abattu. Il est couché sur le côté gauche; le facies est pâle.

20 août. Même état; les signes stéthoscopiques à la base n'ont pas changé.

25 août. Douleur spontanée beaucoup moindre; elle est toujours vive quand on presse sur les attaches du diaphragme et lorsqu'on refoule le foie. Le malade accuse de plus depuis hier une douleur récurrente assez vive qui remonte de la base de la poitrine jusqu'à l'épaule droite; la pression sur le phrénique entre les faisceaux du sterno-mastoïdien est douloureuse; la même pression faite du côté opposé n'en provoque pas. Le malade reste pâle et avec un certain degré d'abattement.

5 septembre. La douleur persiste encore assez vive au refoulement du foie; elle est toujours très-marquée à la pression du nerf phrénique au cou.

A la base du côté droit, on constate toujours de la matité; absence ou diminution du murmure vésiculaire. Diminution notable des vibrations thoraciques.

10 septembre. Même état; la gêne respiratoire est cependant moindre, grâce aux badigeonnages de teinture d'iode. Persistance d'un peu de névralgie en ceinture et du bouton phrénique cervical. Diminution de la zone de matité. Existence de quelques frottements à la partie supérieure de cette zone.

25 septembre. Le malade sort; il y a toujours un peu de gène respiratoire et quelques frottements.

Obs. VIII (due à l'obligeance de notre excellent collègue et ami Arnozan, interne des hôpitaux). — Pleurésie diaphragmatique droite. Pneumonie de la base. Guérison.

Vergère, 27 ans, garçon de cuisine, entre à la Charité le 20 février 1879, dans le service de M. Hallopeau, salle Saint-Félix, n° 17.

Maigrissait depuis quelque temps sans tousser. Exposé par sa profession à de brusques changements de température.

Le 16 février, premier frisson d'une demi-heure.

Le 17 février. Deux frissons plus longs et plus violents.

Le 18, Point de côté très-douloureux, dyspnée.

Le 20 février, à son entrée, dyspnée excessive ; orthopnée; impossibilité du décubitus latéral droit. Respiration costo-supérieure; inspirations courtes. Douleur vive le long des attaches du diaphragme à droite avec point douloureux en arrière, au onzième espace, près du rachis. Douleur vive sous le rebord des fausses côtes en avant sans point douloureux spécial même à la pression.

Irradiation à la fosse sus-épineuse. Douleur près du mamelon et en refoulant les viscères abdominaux. Douleur du phrénique en pressant sur le scalène droit; rien du côté gauche.

On ne constate ni rire sardonique, ni hoquet, ni paralysie du diaphragme, ni vomissement; pas de crachat, ni de dysphagie.

Aucun signe physique, sauf un peu d'obscurité du son à la percussion en arrière et à la base droite. Fièvre très-vive; rien au cœur, ni au péricarde. Température de 40,4.

Huit ventouses scarifiées en demi-ceinture à la base du thorax.

21 février, matin. Les douleurs sont calmées; moins de dyspnée. Un peu de hoquet. Sonorité en avant, près du sinus médiastinique, se prolongeant un peu en dehors vers la paroi latérale au niveau des fausses côtes. Souffle aigu, expiratoire. Œgophonie légère.

Chute de la température, 38,2. Crachats visqueux, à peine teintés en jaune.

21 février, soir. Souffle plus étendu dans les mêmes régions; s'entend aux deux temps. Temp. de 40,2.

Crahats abondants. Vésiccatoire sur la paroi antéro-latérale.

Le 22, matin. Temp. de 39,4 et le soir de 39,6.

Le 23, matin. Temp. de 38,8 et le soir de 39,4.

24 février. La maladie a évolué comme une pneumonie simple; à mesure que les signes de celle-ci se confirmaient (râles crépitants, souffle, matité occupant toute la région sterno-mamelonnaire), la dyspnée s'atténuait.

Le 24, matin. Temp. de 38,2 et le soir de 36,2.

Le tartre stibié a été donné trois jours à la dose de 0,10 centig., sans accident et avec léger abaissement de la température.

26 février. La défervescence s'est produite la veille, au neuvième jour, où la température est tombée à 37; les jours suivants, la température oscille entre 36,8 et 37,2; la convalescence est rapide et le malade sort le 3 mars en bon état.

Obs. IX (Laporte. Th. Paris, 1869). — Pleurésie diaphragmatique double et pneumonie. Péritonite sus-hépatique (observation résumée).

D..., 27 ans, domestique, entré le 8 avril 1869, à Beaujon, dans le service de M. Gubler. Bonne santé antérieure. — Début de la maladie, il y a onze jours par un frisson violent et point de côté à droite.

8 avril, soir. Pouls à 140; temp. de 38,8, resp. 40. Face très-pâle. Matité dans les deux tiers inférieurs à droite; souffle à partir de l'angle de l'omoplate; râles sous-crépitants et bronchophonie. A gauche, râles sous-crépitants dans le tiers inférieur. Vibrations thoraciques diminuées aux deux bases.

Type respiratoire costal supérieur : le diaphragme paraît rester immobile; la pression de chaque côté au niveau des hypochondres est très-douloureuse. Le lendemain, la dyspnée est moins intense.

Le 10. Diminution du souffle et des râles sous-crépitants à droite, en plus grand nombre à gauche. Dyspnée toujours forte. Un peu d'albumine dans les urines. Les jours suivants, on trouve des signes d'épanchement à droite. Douleurs très-vives dans la région de l'hypochondre droit qui est le siége d'une tuméfaction assez étendue.

Le 30. La respiration est encore costo-supérieure.

5 mai. Nouvelles douleurs dans l'hypochondre droit.

Le 21. Le malade part pour Vincennes en bon état.

Obs. X (Laporte. Th. Paris, 1869). — Pleurésie diaphragmatique gauche. Guérison. (observation résumée).

L..., 52 ans, concierge, entrée le 2 janvier 1869, dans le service de M. Peter.

Bonne santé habituelle. Le 28 décembre, elle a supporté la pluie pendant une heure, et elle a ressenti à la suite des douleurs intenses, occupant la base du thorax ; toux fréquente, difficulté extrême de la respiration et fièvre assez forte.

3 janvier. Douleurs très-vives dans le côté gauche, s'exaspérant par la respiration. La pression est douloureuse à partir de l'appendice xyphoïde, tout le long du rebord des fausses côtes, en un mot, suivant toutes les insertions du diaphragme ; point douloureux à la partie postérieure du dernier espace intercostal près du rachis. Hyperesthésie sus-claviculaire se continuant le long de l'épaule gauche. Repiration costo-supérieure, courte, fréquente. Orthopnée ; la malade soutient de sa main le côté gauche de la poitrine, comme pour immobiliser le diaphragme.

Matité de 3 à 4 cent. à la base du poumon gauche en arrière. Rien à l'auscultation.

Le 5. La malade, la veille, après son dîner, a été prise d'une grande oppression, attribuée à la distension de l'estomac qui devait presser sur le diaphragme et sur la plèvre enflammée. Douleur en ceinture persiste.

Les jours suivants, l'amélioration se fait sentir et elle sort le 21 janvier en bon état.

Obs. XI (Laporte. Th. Paris, 1869). — Pleurésie diaphragmatique droite. Guérison (observation résumée).

A..., 32 ans, couturière, entrée le 25 janvier 1867 à l'Hôtel-Dieu pour une métrite catarrhale.

Vers le 26 janvier, étant au troisième jour de sa menstruation, refroidissement. Arrêt brusque des règles, frissons, fièvre, etc.

2 février. Respiration courte et accélérée (40 par minute), pouls fréquent. Peu de signes à la percussion et à l'auscultation. Douleur vive en refoulant l'abdomen et le foie contre le diaphragme. — Douleur violente et dyspnée exagérée en pressant le bouton diaphragmatique,—Hyperesthésie dans la fosse sus-claviculaire; douleur sur le phrénique au point sterno-mastoïdien et le long du bord antérieur du trapèze.

Le 3. Signes d'épanchement occupant toute la base de la plèvre droite; en même temps, diminution de la douleur. Dès le cinquième jour, les symptômes de l'épanchement se sont amendés et la malade est guérie le septième jour.

Obs. XII (Laporte. Th. Paris, 1869). — Pleurésie diaphragmatique gauche. Guérison (observation résumée).

H..., 26 ans, lingère, entre le 19 avril à l'Hôtel-Dieu : attaque de rhumatisme articulaire, il y a un an. S'est refroidie il y a quelques jours.

19 avril. Douleur à la pression de toute la base de la poitrine ; vomissements fréquents. Facies exprimant l'anxiété. Vive douleur au niveau du neuvième espace intercostal.

Le 20. Respiration costo-supérieure. La malade pousse un cri quand on presse sur le bouton diaphragmatique. Cette femme sort guérie le 2 mai.

Obs. XIII (Laporte. Th. Paris, 1869). — Pleurésie diaphragmatique droite. Guérison (observation résumée).

B..., 21 ans, femme de chambre, entrée le 3 avril 1869 à l'Hôtel-Dieu. A reçu la pluie, étant en sueur. Frissons, point de côté. — Le lendemain, douleurs au niveau des insertions du diaphragme, très-vives pendant l'inspiration. Etat fébrile. Bouton diaphragmatique. Sensibilité récurrente le long du phrénique droit. Cette malade sort le 15 en bon état.

Obs. XIV (Robin. Th. Paris, 1871). — Pleurésie aiguë ayant débuté par une pleurésie diaphragmatique gauche. Guérison (observation résumée).

V..., 29 ans, garçon de restaurant, entre à la Pitié, le 27 avril 1871.

Bonne santé habituelle ; point de côté, il y a trois jours. La veille, violente douleur à gauche, augmentée par le mouvement, la toux.

27 avril soir. Orthopnée, regard fixe ; il se tient la base de la poitrine avec les deux mains. 52 inspirations. Pression très-douloureuse à la base de la poitrine. Rien à la percussion ni à l'auscultation.

3 mai. On trouve des signes manifestes d'un épanchement dans la plèvre gauche. Il y a toujours de la dyspnée.

A partir du 11 mai, et sous l'influence de vésicatoires, la dyspnée et la douleur diminuent et le malade sort le 4 juin en bon état.

Obs. XV (Dubois. Th. Paris, 1876). — Pleurésie diaphragmatique double Intermittence des accidents. Troubles cérébraux. Guérison (observation résumée).

P..., 18 ans, couturière, entrée le 4 novembre 1875 à Lourcine, pour une vaginite.

Bonne santé habituelle. S'est refroidie probablement, il y a quelques jours. Arrêt brusque de ses règles.

5 novembre, soir. Frissons répétés, point de côté ; au rebord des cartilages des fausses côtes droites ; décubitus latéral droit. Dyspnée. Resp. 52. Pouls à 110. Temp. de 39,6. — Point xyphoïdien très-douloureux ; douleur considérable par le refoulement du foie en haut. Douleur par la pression du point sterno-mastoïdien ; submatité et frottement léger de la base droite.

Le 8. Elle a eu plusieurs accès d'orthopnée, les points douloureux xyphoïdien et du sterno-mastoïdien se sont montrés à gauche. Somnoence, réponses pénibles, céphalalgie, insomnie, cauchemars, tache méningitique, hyperesthésie cutanée ; la douleur spontanée a son maximum au rebord des fausses côtes gauches et au niveau de la rate.

Les jours suivants l'oppression diminue, les douleurs persistent ; vers le 11 novembre, douleur spontanée dans le creux sous-claviculaire droit, sans irradiation.

Elle quitte l'hôpital avant la fin du mois en bon état.

Obs. XVI (Gueneau de Mussy. Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 2e vol., p. 457). — Arthritisme. Métrite catarrhale. Suppression brusque des règles. Pleurésie diaphragmatique. Périmétrite (observation résumée).

Malade à disposition arthritique ; entrée pour une métrite catarrhale à l'Hôtel-Dien ; règles brusquement supprimées par un refroidissement quelques jours après son entrée. En même temps se développa une pleurésie diaphragmatique qui ne tarda pas à se généraliser et à envahir la plèvre costale. — Après cinq jours, amélioration notable ; fièvre persiste. Douleurs dans les lombes, l'hypogastre, l'aine et la cuisse gauche ; miction et défécation difficiles. Deux jours après, disparition de la pleurésie, mais développement d'une périmétrite très-nette.

Obs. XVII (Peter. Clinique médicale, 1er vol., p. 410). — Pleurésie diaphragmatique gauche avec épanchement. Thoracentèse. Péricardite. Tuberculisation pulmonaire consécutive (observation résumée).

Homme entré le 19 mai dans le service de M. Peter, dans un état d'adynamie très-prononcée.

Signes de pleurésie diaphragmatique gauche. Fréquence excessive du pouls ; anxiété de la respiration. Douleur à la base de la poitrine et aux insertions du diaphragme. Matité au tiers inférieur ; quelques bulles sèches ; œgophonie légère.

Le lendemain, ballonnement de l'estomac avec son tympanitique jusque vers la septième côte. Signes d'épanchement ; déplacement du

cœur. Thoracentèse. — 12 jours après, péricardite. Sorti convalescent quinze jours plus tard, pour revenir trois mois après avec signes de tuberculisation pulmonaire confirmée.

Obs. XVIII (Hayden. Dublin Quaterly journal, 1871, 52e vol., p. 49). — Pleurésie diaphragmatique droite et pneumonie.

Mme H..., 33 ans, avait ressenti, le jeudi 17 novembre 1870, une vive douleur dans la portion la plus basse du côté droit avec toux et expectoration de crachats teintés de sang.

Le lundi, 21 novembre, elle respire avec plus de difficulté et de souffrance; face colorée; pouls à 132, mais non faible. Respiration à 60. Respiration soudainement arrêtée quand elle fait un mouvement. Douleurs excruciantes. Pas de vibration thoracique. Crépitation et frottement. Guérison après une maladie assez longue.

Obs. XIX (Hayden. Dublin Quaterly journal, 1871, 52e vol., p. 49). — Pleurésie diaphragmatique gauche. Difficulté dans le diagnostic.

Le 19 octobre 1870, à 2 heures du matin, je vais visiter Mme S..., femme de 50 ans, à constitution délicate.

A pris froid il y a quinze jours. Douleur forte dans la portion la plus basse du côté gauche de la poitrine, mais s'étendant jusqu'au moignon de l'épaule; quelques vomissements augmentent la douleur qui est incessante et occupe la ligne des cartilages costaux. Peau froide et pâle Pouls à peine perceptible. Langue humide et blanche. Haleine froide. Douleur augmentée par la pression de l'épigastre et de l'hypochondre gauche. Respiration faible en arrière et résonnance normale. (Diagnostic entre : perforation de la plèvre par abcès tuberculeux, hernie diaphragmatique de l'estomac, et pleurésie diaphragmatique gauche.)

Guérison après quelques semaines.

Obs. XX (Hayden. Dublin Quaterly journal, 1871, 52e vol., p. 49). — Lumbago rhumatisme du diaphragme et pleurésie diaphragmatique gauche.

M. B..., 45 ans, en mai 1868, ressent de fortes douleurs dans le dos; en changeant de position, douleurs dans la région lombaire et s'étendant sur la la ligne des attaches du diaphragme.

Après quelques jours, on entend du frottement à la partie inférieure du côté gauche ; de plus, la douleur dorsale est plus forte et s'étend en avant sur la ligne des insertions diaphragmatiques jusqu'à l'appendice xyphoïde. Respiration thoracique. Face exprimant la souffrance. Pouls non accéléré, pas de fièvre.

(L'absence de la toux et de la fièvre ne sont pas, pour Hayden, incompatibles avec une pleurésie, et il explique cela par l'inflammation tout à fait superficielle.)

Guérison après une durée d'un mois.

Obs. XXI (S. Henry Marsh. Dublin medical Press., 1861, janvier). — Pleurésie droite diaphragmatique. Epanchement purulent. Guérison (observation résumée).

G..., 40 ans, domestiqu , fut exposé au froid en septembre 18...

Pendant la nuit, il ressentit les symptômes de la pleurésie la plus aiguë à droite avec accès de douleurs et irradiations dans la région lombaire droite et la région ombilicale, lui faisant indiquer la cause de ses souffrances comme siégeant dans l'abdomen.

Vingt-quatre heures après, le Dr Flemming le trouva dans l'anxiété la plus grande; fièvre considérable et douleur locale très-vive, dyspnée forte et parfois orthopnée. Il est assis sur son lit, maintenu par des oreillers. Douleur dans la région mammaire. Pas de toux. Rien à l'examen. Le quatrième jour, signes de pneumonie.

En octobre. Epanchement purulent dont il fut guéri en novembre.

Obs. XXII (communiquée par M. Malécot, interne provisoire des hôpitaux). — Pleurésie diaphragmatique droite. Purulence. Ponctions. Drainage. Vomiques. Guérison.

Thurot, 15 ans, ouvrier ballonnier, entre à Necker, le 30 novembre 1876, dans le service de M. Potain, salle Saint-Luc, n° 16.

Bonne santé habituelle. Est souvent exposé au froid.

Le 28 novembre, dans l'après-midi, céphalalgie vive. Le lendemain, la céphalalgie persiste ; frisson ; fièvre et faiblesse générale.

Le 30, matin, dyspnée excessive et en même temps point de côté à droite.

1er décembre. Entré la veille; à l'examen, on constate une dyspnée extrême ; respiration entrecoupée. Douleur très-vive dans le côté droit. Le diaphragme ne se contracte presque plus, surtout dans sa moitié droite ; il est repoussé en haut par les viscères abdominaux pendant l'inspiration et le mouvement inverse se produit pendant l'expiration. Respiration costo-supérieure pénible ; le malade soulève les épaules à chaque inspiration.

Par la pression, on provoque une douleur très-vive au niveau du rebord cartilagineux des fausses côtes droites et en refoulant l'hypochondre en haut. Douleur dans le dernier espace intercostal près du

rachis et sur le trajet du phrénique entre les deux attaches du sterno-mastoïdien.

Enfin, le malade éprouve des douleurs spontanées au-dessus de la clavicule, dans le moignon de l'épaule et sur les portions latérales droites du cou.

Etat fébrile très-marqué. Peau chaude. Temp. de 39,8. Pas de hoquet, ni vomissements, ni ictère.

A l'auscultation, affaiblissement notable du murmure vésiculaire jusqu'au niveau de la fosse sus-épineuse, et dans cette même étendue diminution de la sonorité avec conservation des vibrations thoraciques. Pas de frottement. Toux fréquente, pénible. Beaucoup d'albumine dans l'urine.

Traitement. — 10 ventouses scarifiées le long du rebord des fausses côtes. Injection de morphine. Potion digitale.

2 décembre. La température, le 1er décembre soir, a atteint 40°.

Le 2, matin. Temp. de 39,8. Douleur toujours vive au creux épigastrique. Bruit skodique sous la clavicule droite. En arrière et à droite, absence de murmure vésiculaire à la base ; quelques râles sibilants ; pas de frottement pleural. La respiration costo-supérieure persiste.

Expectoration muqueuse : épistaxis légère.

Le diagnostic est: pleurésie diaphragmatique droite avec congestion pulmonaire intense.

Le 3. La température a atteint la veille 40,6.

Le 3, matin, pouls à 84; temp. de 39,2 ; resp. 32. Ventre déprimé ; douleurs très-vives le long du rachis ; il semble au malade que son côté droit a « gonflé. » A la mensuration, 2 cent. de plus à droite. Toux fréquente.

Traitement. — Vésicatoire. Digitale. Calomel 0,20 en 4 paquets.

Le 4. Abattement, oppression ; la veille, temp. de 39,6.

Le 4, matin 38,4 ; le soir 40.

Le 5. Même dyspnée ; mêmes douleurs ; les signes stéthoscopiques persistent. Le matin, pouls à 96; temp. de 38,6 ; insp. à 40. Le soir, température de 40.

Le 6. Même état ; albumine a un peu diminué. Le matin 38,6 et le soir 39,8.

Le 7. L'épanchement augmente ; œgophonie, matité complète dans tout le côté droit en arrière. Le matin, temp. de 38,2 et le soir de 39,6.

Le 8. La dyspnée diminue un peu ; les douleurs des insertions diaphragmatiques persistent. Les jours suivants, l'épanchement augmente; la température oscille le matin entre 38,2 et 38,6 et le soir entre 39,2 et 40.

La respiration par le diaphragme se fait un peu.

Le 17. Thoracentèse faite par M. Potain dans le sixième espace intercostal. 1250 grammes de liquide louche, purulent, non fétide.

Les vibrations thoraciques reparaissent jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

La température s'abaisse les jours suivants, pour remonter à 40 le 27 décembre. Le diaphragme se contracte dans l'inspiration.

16 janvier. Seconde ponction ; 500 grammes de liquide purulent.

Les jours suivants, l'état fébrile persiste tous les soirs ; petits frissons quotidiens.

Le 27. Drainage au moyen de deux tubes. Dans le courant de février, l'état général paraît s'améliorer : les douleurs au niveau du diaphragme ont cessé.

14 mars. Vomique abondante, fétide.

27 avril. Nouvelle vomique, moins abondante que la première.

Après avoir encore évacué plusieurs fois du pus par ses bronches, l'état général s'améliore de plus en plus et le malade part pour Vincennes, le 9 juillet, en bon état.

Obs. XXIII (due à l'obligeance de notre excellent ami, le Dr Gaston Decaisne).
Pleurésie diaphragmatique gauche. Guérison rapide.

Un homme de 32 ans, ouvrier terrassier, entre à la Charité, au mois de juin 1878, dans le service de M. Bourdon. Cet individu, d'une constitution très-robuste, dit s'être toujours très-bien porté et n'avoir aucun antécédent héréditaire. La veille, à la suite d'un refroidissement, il avait été pris d'un violent frisson et avait été obligé de prendre le lit. La nuit avait été très-agitée par suite d'une gêne respiratoire de plus en plus intense.

En l'examinant, nous lui trouvons le pouls à 120 et une température de 40,2.

La dyspnée est extrême. Le malade dit qu'il étouffe. Il n'y a cependant pas de cyanose. L'examen de tous les organes, pratiqué avec le plus grand soin, est absolument négatif. Rien dans les poumons, rien au cœur, rien au foie, ni à la rate ; rien aux intestins, ni aux articulations. Le seul symptôme appréciable est une douleur très-vive à la pression entre les deux attaches du sterno-mastoïdien à gauche et un autre point douloureux du même côté au niveau de la partie moyenne du rebord costal.

Dès le lendemain, des frottements apparaissent à la base du poumon. Les jours suivants, ils étaient remplacés par du souffle, accompagné d'une matité, occupant le tiers inférieur. Œgophonie ; abolition des vibrations thoraciques au même niveau. La fièvre était retombée à 38 et la gêne respiratoire avait presque disparu. Il en était de même des

points douloureux signalés plus haut. Sous l'influence d'un vésicatoire, le malade a très-bien guéri, et quinze jours plus tard il quittait l'hôpital.

2° PLEURÉSIES DIAPHRAGMATIQUES PRIMITIVES TERMINÉES PAR LA MORT.

Obs. XXIV (Personnelle). — Pleurésie et péricardite purulentes ayant débuté par des symptômes de pleurésie diaphragmatique droite chez une femme enceinte de quatre mois environ. Avortement. Mort. (Cette observation a paru dans la thèse de Dubois, 1876.)

Constance F..., 18 ans, cuisinière, entre le 15 mai 1875, à la Charité, salle Saint-Basile, n° 11, dans le service de M. Bourdon.

Cette jeune femme est mariée depuis six mois seulement; elle a toujours joui jusqu'alors d'une excellente santé ; elle n'a pas vu ses règles depuis son mariage et croit être enceinte.

Elle fait remonter le début de sa maladie à huit jours. Elle sentit un point de côté au-dessous du sein droit ; elle eut des frissons et de la fièvre ; elle ne s'était pourtant exposée à aucune cause de refroidissement. Elle prétend avoir expectoré pendant les premiers jours des crachats rouillés. Les douleurs augmentant, elle se décide à entrer à l'hôpital.

15 mai. La malade pousse des cris affreux, les mains appuyées sur le bord des fausses côtes droites comme si elle devait en éprouver du soulagement ; la dyspnée est excessive ; la malade est dans l'orthopnée.

Tout le côté droit est le siége d'une hyperesthésie considérable et telle qu'on peut à peine la toucher.

Il existe également des douleurs se propageant le long du bras droit et sur le trajet du phrénique droit qui est douloureux à la pression. On constate les signes d'un vaste épanchement occupant les deux tiers inférieurs du côté droit de la poitrine. La malade a eu quelques vomissements les jours précédents ; la langue est couverte d'un fort enduit saburral. Il existe un groupe d'herpès sur la joue gauche. Face vultueuse et anxieuse ; pouls fréquent, petit, battant 140 à la minute.

15 ventouses scarifiées sur le côté droit.

Les souffrances n'en continuent pas moins durant la journée, de même que la dyspnée.

La malade avorte dans la soirée, d'un fœtus de 4 mois environ.

Le lendemain, 16, dyspnée moindre ; la fièvre est la même.

Le 17, nouveaux accès d'orthopnée avec douleur tellement vive au rebord des fausses côtes droites, que la malade pousse des cris continuels.

La malade est traitée par le chloral, les vésicatoires ; mais la dyspnée devient continuelle sans nouveaux paroxysmes et comme l'épan-

chement est énorme, on se décide à faire une ponction le 2 juin, c'est-à-dire vingt jours après le début des accidents. On retire 1 litre 1/2 de pus que rien ne faisait pressentir. Après trois ponctions, canule à demeure et 3 à 4 lavages par jour. Pas d'amélioration. La canule se bouche ; d'autres aspirations furent faites ; l'état général empira ; l'œdème des membres survint et la mort arriva le 19 juin.

Autopsie. — *Abdomen.* Dans le péritoine, épanchement assez abondant, non purulent. Fausses membranes nombreuses dans liquide citrin. Rien de particulier dans foie, rate, reins, organes génitaux.

Plèvre. 700 à 800 grammes de liquide citrin épanché dans la plèvre gauche.

Adhérences multiples du poumon droit. 800 grammes de liquide franchement purulent dans la cavité pleurale droite ; plèvre très-épaisse.

Péricarde. — Fortement épaissi dans son feuillet pariétal ; en l'incisant en avant, on retire un paquet de fausses membranes infiltrées de pus. Le péricarde viscéral présente une épaisseur d'un millimètre ; il est recouvert de végétations. 40 gr. de liquide purulent environ. Endocarde et myocarde sains, cerveau également.

Obs. XXV (Andral. Clinique médicale, 2e vol., p. 457). — Pleurésie diaphragmatique gauche. Mort le 6e jour (Observation résumée).

Ebéniste, 26 ans ; au milieu de son travail, frisson léger suivi de forte chaleur. Douleur dans hypochondre gauche. Oppression. Hoquet. Dyspnée. Toux fréquente. Le 3e jour orthopnée, facies anxieux. Respiration costale. Toux fréquente, avortée. Expectoration nulle : rien à l'examen. Le 4e jour, mouvements convulsifs dans la face. Le 5e jour, décubitus dorsal, hoquet, nausées. Mort.

Autopsie. — Plèvre pulmonaire de la base gauche et plèvre diaphragmatique correspondante fortement injectées et couvertes d'exsudations albumineuses.

Obs. XXVI (Stoll. Médecine pratique dans Encyclopédie, p. 186). — Péripneumonie droite. Pleurésie diaphragmatique gauche (Observation résumée).

Homme de 42 ans, de bonne santé, ressent le froid. Douleur déchirante du côté gauche allant de l'épigastre à la mamelle et augmentant au toucher. Respiration difficile. Fièvre.

Quatre jours après, respiration laborieuse ; douleur déchirante dans les deux côtés. Oppression. Abdomen tuméfié. Mort le 5e jour.

Autopsie. — Poumon droit enflammé en totalité. Adhérences anciennes avec la plèvre.

Entre le poumon et la plèvre gauche, de même qu'entre lui et le diaphragme, fausse membrane considérable, épaisse, formée récemment.

Obs. XXVII (Vergely. Gazette des hôpitaux, 1873). — Pleurésie diaphragmatique sans fièvre, sans dyspnée; mort subite par apoplexie pulmonaire (Observation résumée).

Homme, 23 ans, bonne santé habituelle. malade depuis sept jours ; céphalalgie, diarrhée, toux sèche, douleurs dans les jambes, hoquet ayant duré 35 heures après un vomitif; pas de fièvre, ni dyspnée ; rien à l'examen de poitrine. Un peu de douleur sous les fausses côtes gauches. Mort subite deux jours après.

Autopsie. — Poumons volumineux, violacés, avec ecchymoses. Des adhérences membranes les réunissent au diaphragme et forment des aréoles remplies de sérosité rougeâtre. Noyaux apoplectiques à la coupe des poumons.

2° *groupe : Pleurésies diaphragmatiques secondaires.*

1° PLEURÉSIES DIAPHRAGMATIQUES SECONDAIRES TERMINÉES PAR LA GUÉRISON.

Obs. XXVIII (Communiquée par M. Arnozan, interne des hôpitaux). — Pneumonie parcourant successivement les deux poumons. Pleurésie sèche légère à base gauche. Guérison.

Faure, 28 ans, plombier, entre à la Charité le 3 mai 1879, dans le service de M. Sevestre, salle Saint-Felix, n° 24.

Bonne santé habituelle; pas de saturnisme. Père cardiaque.

Le 30 avril, malaise; frisson intense dans la nuit. Dyspnée ; point de côté très-violent. Entre le 3 mai.

3 mai,.soir. Point de côté très-violent à droite sur les parties latérales des dernières côtes. Irradiations douloureuses à toutes les attaches du diaphragme du côté droit. Rien sur le trajet du phrénique. Dyspnée excessive. Crachat marmelade abricots. Toux fréquente.

Souffle et râles crépitants très-abondants sur fosse sous-épineuse et gouttière vertébrale droite. Bruits propagés au côté gauche de la poitrine dans des points limitrophes, Sommet et base droite indemnes. Rien à gauche. Temp. de 39,4.

4 mai. La pneumonie s'est étendue à la base droite et est remontée

vers le sommet. Râles dans fosse sus-épineuse et aisselle. Temp. le matin 40, et le soir 41,4.

Le 5. Amélioration générale : pas d'extension des symptômes locaux. On croit à un commencement de défervescence. Temp. le matin 39,8, le soir 39,6.

Le 6. Poussée intense : orthopnée. Douleur atroce le long des attaches du diaphragme ; prédominance surtout à gauche ; irradiations à toute la paroi abdominale arrachant des cris au malade. Pas de douleur au bouton diaphragmatique, ni sur le phrénique au cou. Pneumonie de la base gauche ; à droite la partie moyenne est en résolution.

Prescription : Ipéca, 1 gr. 50. Tood. 10 ventouses scarifiées. Temp. de 38,8 le matin, et 40,2 le soir.

7 mai. Etat stationnaire, sauf un peu de soulagement du point de côté ; douleur très-diminuée à droite ; persiste à gauche. Temp. de 40,1 le matin, et de 40 le soir.

Le 8. Amélioration. Temp. de 38,5 le matin, et 38,6 le soir.

Le 9. Nouvelle petite poussée. Pneumonie au sommet gauche. Dyspnée persiste. Douleur vive (insomnie et cris) ; les autres points du poumon se dégagent. Pas de délire. Pas d'albumine, ni ictère. Temp. de 38,6 le matin, et 39 le soir.

Le 13. A partir de la date précédente, amélioration progressive. Effacement graduel des phénomènes locaux. Le souffle persiste trois ou quatre jours au sommet, puis diminue et disparaît. Herpès labialis. La température abaissée graduellement. Le 13 soir la temp. est de 37,8.

Le 19. Etat général excellent : bon appétit. Un peu de matité à la base gauche. Douleur aux insertions diaphragmatiques du même côté. Respiration s'entend mal. Quelques petits frottements pleuraux. La température oscille entre 37,2 et 38.

Le 23. Frottements disparus. Respiration libre. Part le 25 mai, en bon état.

Obs. XXIX (Communiquée par M. Arnozan, interne des hôpitaux). — Pleuro-pneumonie de la base gauche à forme typhoïde. Signes de pleurésie diaphragmatite. Otite double. Guérison.

D..., 20 ans, garçon de magasin, entre à la Charité, le 24 mai 1879, dans le service de M. Sevestre, salle Saint-Félix, n° 5.

Profession à poussière ; tousse depuis un an. Depuis 8 jours, fatigue, malaise.

Le 21 mai, frisson violent, unique, prolongé, douleur au côté gauche ; épistaxis le 22 mai.

Le 24. Aspect typhique ; regard fixe ; lèvres et narines sèches. Stupeur légère : répond bien aux questions sans hésiter et sans apathie. Langue

plate, blanche au centre, rouge sur les bords, un peu humide. Herpès sur la narine gauche. Dyspnée ; 36 insp. courtes, bien espacées, régulières. Quelquefois rictus sardonique dans les lèvres. Fièvre extrêmement vive. Temp. de 41. Dyspnée plus exagérée que ne le fait supposer l'étendue des lésions pulmonaires. Douleur très-vive dans toute la paroi thoracique gauche, sans point très-précis. Un peu de douleur à la pression du phrénique. Crachats abondants de pneumonie et de bronchite. Matité à la base gauche ; conservation des vibrations ; souffle tubaire ; râles crépitants. Vertige quand le malade s'assied ; céphalalgie. Léger ballonnement du ventre, sans taches ; douleur et gargouillement dans fosse iliaque. Constipation. Albuminurie abondante.

Le 25. Même état. Dix ventouses scarifiées. Kermès. Alcool. Temp. de 40,5 le matin, et de 40,8 le soir.

Le 26. Formation d'un épanchement pleurétique au point où existait la pneumonie ; signes caractéristiques. Epistaxis. Délire d'action et de parole. Hyperthermie. Temp. de 41 le matin et de 41,6 le soir.

Le 27. Mêmes signes plus accentués. Moins de rictus ; langue moins sèche ; moins de délire. Pas de taches. Temp. de 41 le soir.

2 juin. La défervescence s'est faite sans incident remarquable ; la pleurésie intercurrente n'a pas modifié la disparition rapide des symptômes ; elle disparait elle-même laissant entendre aux points qu'elle occupait, les râles de retour, puis le bruit respiratoire ; la température en deux jours est descendue de 41,4 à 37,4.

Les jours suivants l'état typhique disparait ; l'appétit revient ; la température oscille entre 36,8 et 37,4.

Vers le 7 juin, développement d'une otite double, avec augmentation de température jusqu'à 39,2 ; perforation de la membrane du tympan des deux côtés.

Le 26. L'examen de la poitrine ne fait rien constater d'anormal.

OBS. XXX (Dubois. Th. Paris, 1876). — Pleurésie diaphragmatique double prédominante à droite. Péricardite. Guérison (Observation résumée).

B..., 32 ans, scrofuleux, sans attaques rhumatismales précédentes, entre le 9 décembre 1873, dans le service de M. Empis.

Quinze jours avant son entrée, douleurs dans le genou gauche et au cou-de-pied. Violent point de côté en dehors et au-dessous du sein gauche il y a 12 jours. Oppression. Œdème des malléoles et des mains. Fièvre, trois jours avant entrée ; oppression grande, orthopnée.

10 décembre. Orthopnée ; face pâle, cyanique. Respiration costo-supérieure : inspiration brève. Pouls petit, filiforme, 126 puls. Temp. de 39,2. Matité précordiale augmentée. Matité dans le tiers inférieur des deux côtés de la poitrine ; absence de murmure vésiculaire ; œgophonie

à droite. La pression sur le rebord des fausses côtes droites est très-douloureuse. Urine contenant beaucoup d'albumine.

Le 11. Les signes d'épanchement des deux plèvres persistent. Œdème des cuisses et des mains.

Le 15. Traitement par saignée, ventouses, vésicatoires. Eau-de-vie allemande. Température oscille entre 37,5 et 39°.

Le 17. Les signes d'épanchement ont diminué des deux côtés, ainsi que les signes de péricardite.

2 janvier. Il n'y a plus aucun signe du côté des plèvres.

Obs. XXXI (Peter. Archives générales de médecine, 1871, p. 343). — Pleurésie diaphragmatique double dans le cours d'un rhumatisme articulaire généralisé. Epanchement. Guérison (Observation résumée).

Malade soignée en 1867 à la Pitié par M. Peter.

Pendant le cours d'un rhumatisme articulaire généralisé et fébrile, M. Peter trouve un matin la malade assise dans son lit et poussant un cri violent, singultueux, à chaque inspiration, qui est écourtée, ce qui fait annoncer à distance une maladie diaphragmatique. Le diaphragme immobilisé, immobilisait l'abdomen. Respiration costo-supérieure. Douleur très-vive aux insertions diaphragmatiques, principalement à gauche et sur tout le trajet du phrénique gauche comme sur toute l'étendue de son aire habituelle de rayonnement douloureux. (Cou, épaule, coude). Epanchement peu abondant à gauche, et le lendemain épanchement à droite. Angoisse inexprimable. Face pâle, altérée, sans rire sardonique. Pouls très-fréquent, filiforme. L'épanchement gauche augmente; toujours moindre à droite. Ventouses, vésicatoires. Guérison parfaite, mais avec persistance pendant un mois environ de douleur à ses phréniques.

Obs. XXXII (Dubois. Th. Paris, 1876). — Pleurésie diaphragmatique dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

T..., 46 ans, robuste, entre à Beaujon le 10 mars 1876 pour un rhumatisme articulaire aigu (3° attaque) siégeant dans les articulations radio-carpiennes.

14 mars. Frisson, la veille; dyspnée grande. Point douloureux au bord droit du sternum vers 10° côte. Respiration anxieuse, précipité. A droite seulement, respiration exclusivement costale, parésie manifeste du diaphragme de ce côté. Rien à l'auscultation et percussion, sauf un peu de congestion pulmonaire à gauche. Temp. 39,2. Albumine dans les urines.

Le 15. Douleurs pongitives dans l'épaule droite. Dyspnée grande.

Le 16. Signes d'épanchement pleurétique à droite, congestion à gauche ; diminution des phénomènes articulaires.

Le 18. Epanchement à gauche.

Le 19. Amélioration.

Le 25. Les phénomènes articulaires reparaissent, très-légers, et le malade sort guéri le...

OBS. XXXIII (Dubois: Th. Paris, 1876). — Pleurésie diaphragmatique gauche précédant une attaque de rhumatisme articulaire. Endocardite. Guérison (Observation résumée).

M..., 23 ans, strumeuse et rhumatisante, entre le 5 février 1874. Malaise depuis un mois.

5 février. Fièvre forte, 38,7 et 120 puls. Teinte vultueuse, sueurs profuses, pouls rapide, dépressible. Dyspnée, 40 insp. Douleur épigastrique et diaphragmatique assez vive, s'exaspérant à la pression et aux grandes inspirations. Rien de particulier dans la poitrine.

Le 6. Douleur très-vive à l'épigastre, surtout à gauche ; douleur vive sur le phrénique au point sterno-mastoïdien. Obscurité du son en bas, à gauche.

Le 8. Douleurs vives dans les articulations. Respiration diaphragmatique gênée et presque nulle.

Le 10. Douleurs sus-claviculaires à gauche.

Le 11. Epanchement léger à droite. Œgophonie.

Le 16. Epanchement persiste ; douleurs articulaires moindres. Temp. de 39,3. Pouls à 100. Cette malade présente dans la suite des signes stéthoscopiques caverno-amphoriques, semblant indiquer une tuberculisation probable. Les accidents disparaissent graduellement, et, malgré une endocardite passagère, la malade sort le 18 avril guérie.

OBS. XXXIV (Peter. Clinique médicale, 1er vol., p. 433). — Coliques hépatiques. Péritonite sus-hépatique. Pleurésie diaphragmatique droite (Observation résumée).

Femme entrée le 7 mai dans le service de M. Peter pour des coliqnes hépatiques remontant à une huitaine de jours. Vomissements. Ictère.

Le 22 mai. Oppression très-grande. Chaque fois que le doigt est appuyé sur chacune des insertions costales du diaphragme, la malade redresse vivement le tronc pour se dérober à la douleur. Clavicule droite douloureuse à sa partie moyenne à la pression ; épaule droite douloureuse également. La compression du phrénique au cou en avant du scalène antérieure cause de la douleur, et par cette compression, la malade sent sa respiration s'arrêter au niveau du diaphragme. Matité

augmentée en arrière et à droite; pas de souffle ni œgophonie. En juillet, la malade conservait une névralgie intercostale droite à la suite de ses coliques hépatiques.

Obs. XXXV (Stone. Medical Times, 1857, 2e semestre). — Pleurésie diaphragmatique droite chez un tuberculeux (Observation résumée).

D..., 21 ans. entre le 9 juin 1857 à l'hôpital avec tous les signes d'une phthisie confirmée. Toux sèche et symptômes généraux fébriles depuis Noël 1856. Hémoptysie. Amaigrissement. Signes de tuberculose dans le poumon droit.

Au commencement de juillet, il avait regagné en poids et pouvait se promener à pied. Dans la nuit du 26 juillet, il fut soudainement réveillé par une douleur forte rapportée au creux épigastrique, accompagnée de nausées et d'une grande oppression; les symptômes persistent le matin : assis dans son lit, supporté par des oreillers, le décubitus dorsal étant impossible à cause de la douleur. Pouls à 100. Vomissements. Pas de signes à l'exam en de la poitrine. Le diagnostic porté fut : pleurésie diaphragmatique probable du côté droit.

Le 28. Les espaces intercostaux inférieurs sont visiblement bombés; respiration faible et œgophonie. Il quitte l'hôpital le 14 août, avec une amélioration légère de l'état général et sans aggravation de son affection pulmonaire.

Obs. XXXVI (Stone. Medical Times, 1857, 2e semestre). — Pleurésie diaphragmatique chez un tuberculeux (Observation résumée).

W..., 36 ans, sans antécédents héréditaires tuberculeux, entre le 15 juin, 1857.

Bronchite depuis Noël 1856; pas d'hémoptysie. Amaigrissement. Diarrhée : à l'examen, tuberculisation au début. Amélioration des signes pulmonaires au commencement de juillet.

Le 9 juillet, il se plaint de douleurs épigastriques ; vomissements. Assis sur son lit, face anxieuse, aspect déprimé. Pouls 120, faible ; respiration rapide, irrégulière, incomplète. Douleur lancinante rapportée au creux épigastrique et au scrobicule du cœur; nausées et vomissements constants. Aucun signe à l'examen de la poitrine, le côté gauche est le côté affecté.

Le 22. Il expectore soudainement une grande quantité de liquide verdâtre.

Amélioration légère la semaine suivante, après laquelle il demande à sortir.

Obs. XXXVII (Hayden. Dublin Quarterly journal, 1871, 52e vol.). — Pleurésie diaphragmatique droite chez un tuberculeux (Observation résumée).

C .., 33 ans, a eu des hémoptysies et une pleurésie droite dans le courant de 1869. Lésions tuberculeuses au sommet gauche.

En décembre 1869, douleur à droite sur la ligne correspondant au rebord des cartilages costaux ; douleurs à l'angle de l'omoplate et frottements. Augmentation par le plus petit mouvement du corps et par une profonde inspiration. Abdomen rétracté ; respiration entièrement costale; frottement et crépitation.

Après quelques semaines, il part pour San Francisco, en voie d'amélioration.

2o PLEURÉSIES DIAPHRAGMATIQUES SECONDAIRES TERMINÉES PAR LA MORT.

Obs. XXXVIII (Personnelle). — Néphrite interstitielle. Pleurésie diaphragmatique gauche. Péricardite. Mort.

Balma, 32 ans, fumiste, entre à la Charité, le 19 février 1876 dans le service de M. Empis. L'examen de ce malade fait constater l'existence d'une pleurésie diaphragmatique du côté gauche, paraissant avoir débuté quatre jours avant son entrée.

Les symptômes principaux sont : une dyspnée intense, du hoquet, des douleurs violentes, avec cris continuels, une exaspération très-marquée de ces douleurs en pressant le nerf phrénique gauche au niveau du cou et en refoulant de bas en haut à gauche les viscères abdominaux vers le diaphragme. On perçoit des bruits de frottement, soit pleuraux, soit péricardiques, l'extension de l'inflammation s'étant faite au péricarde.

Les jours suivants, la dyspnée diminue et les frottements sont moins nombreux à la suite d'une application de huit sangsues. Les jambes sont œdématiées, et l'urine contient une assez forte proportion d'albumine. Décès le 21 février.

Autopsie. Reins. Lésions de la néphrite interstitielle avec granulations à la surface, diminution de volume, altérations des pyramides...

Cœur : Hypertrophie surtout sur le ventricule gauche.

Péricarde : Dépôts fibrineux peu adhérents, pouvant s'enlever facilement et rugueux au toucher; petite quantité de liquide; fausses membranes à la base des vaisseaux et adhérences.

Plèvres : Epanchement dans les deux plèvres, plus considérable à gauche ; à gauche fausses membranes et adhérences du poumon avec le diaphragme. Rien aux autres organes.

Obs. XXXIX (Due à l'obligeance de notre excellent collègue Chauffard, interne des hôpitaux). — Pneumothorax tuberculeux ; pleurésie et paralysie gauches du diaphragme.

Pierre (Clovis), entre le 28 mars 1879 à l'hôpital Saint-Louis, au n° 17 de la salle Saint-Charles, pour une pelade datant de six mois.

Il présente en outre aux deux sommets, en avant et en arrière, des signes de tuberculisation au premier et au second degré (submatité, respiration soufflante, mélangée par place de quelques râles sous-crépitants humides).

Le 14 avril, pendant la nuit, accès d'orthopnée violente, sans douleur vive. Le lendemain, nous trouvons le malade assis sur son lit, cyanosé, en proie à une oppression extrême, et l'examen de la poitrine révèle tous les signes d'un pneumothorax gauche (tympanisme, retentissement amphoro-métallique de la respiration, de la toux et de la voix, brui d'airain, tintement métallique, etc.). Les jours suivants, même état d'oppression continue avec accès paroxystiques de suffocation.

Vers le 25 avril environ, on trouve une succussion hippocratique très-nette et en outre tous les signes d'une pleurésie diaphragmatique gauche, avec paralysie de la moitié correspondante du muscle ; douleurs spontanées dans l'épaule gauche surtout dans la région sus-épineuse. Points douloureux nettement limités et réveillés par une pression même assez légère : au cou sur le trajet du phrénique gauche, à l'épigastre en dehors de l'appendice xyphoïde et au point d'intersection de deux lignes qui prolongeraient le bord gauche du sternum et le cartillage de la neuvième côte ; sur les côtés au niveau des insertions latérales du diaphragme ; en arrière dans le douzième espace intercostal. Douleurs également par le refoulement de bas en haut de l'hypochondre gauche ; abaissement de la douzième côte gauche. A l'inspiration, tirage sous costal, dépression de la paroi abdominale qui semble comme aspirée au dessous du rebord des fausses côtes gauches. Les côtes s'élèvent encore légèrement à chaque mouvement inspiratoire ; du reste, mêmes signes fournis par la percussion et par l'auscultation.

Décubitus latéral gauche ; dyspnée moins intense. Le cœur est complétement dévié à droite ; sa pointe bat dans les cinquième et sixième espaces intercostaux droits, au-dessous et un peu en dedans du mamelon. La situation se modifie peu à peu dans les mois de mai et juin ; état continu d'oppression avec accès passagers de dyspnée ; mêmes points douloureux, mêmes signes physiques.

Le 8 juin, douleurs très-vives en arrière, au niveau de la onzième côte gauche et remontant jusqu'au niveau des régions sus-épineuse et deltoïdienne du même côté.

L'état général s'aggrave peu à peu ; des sueurs abondantes se montrent la nuit ; l'amaigrissement devient extrême.

Enfin, le 22, le malade, qui s'était senti très-bien pendant toute la journée, meurt brusquement le soir dans un accès de suffocation.

Autopsie. — Trente heures après la mort.

Le cœur est refoulé à droite et déborde presque entièrement le bord droit du sternum, mais il a conservé sa direction oblique gauche, à cause d'adhérences fibrineuses fines qui unissent son bord gauche à la partie correspondante du péricarde pariétal.

Le *poumon droit* présente des lésions tuberculeuses de tout âge et plusieurs cavernes assez superficielles, mais peu étendues.

Toute la *plèvre gauche* est énormément distendue. La moitié correspondante du diaphragme fait une saillie convexe dans la cavité abdominale ; elle est assez vivement injectée ; mais ne présente ni fausses membranes, ni adhérences. La cavité pleurale contient une grande quantité d'air et environ deux à trois litres d'un liquide jaune verdâtre, demi transparent, contenant en suspension de nombreux et gros flocons de fibrine coagulée. Dépôts fibrineux sur toutes les parois de la cavité, mais surtout au niveau du diaphragme et du sinus costo-diaphragmatique. Pas d'adhérence costo-diaphragmatique.

Le poumon gauche est refoulé en haut et en dedans le long du rachis ; il dépasse à peine le volume du poing. Toute sa surface est doublée d'une couche épaisse et résistante de fibrine ; au sommet, quelques longues adhérences également revêtues d'une coque fibrineuse. L'insufflation double à peu près son volume, mais ne permet pas de reconnaître de perforation. A la coupe, lésions tuberculeuses anciennes et généralisées. Au sommet, plusieurs cavernes de petite dimension, mais superficielles, impossible de dire quelle est celle qui s'est rompue dans la plèvre.

Le *Phrénique gauche* est recherché dans l'épaisseur de la cloison médiastine, qui partout est doublée d'une couche de près d'un demi-centimètre de fibrine. On prend avec soin à sa partie moyenne, entre la plèvre et le péricarde, un fragment de 3 centimètres de long. De même pour le phrénique droit.

A l'œil nu, les deux nerfs présentent le même aspect et ne diffèrent ni comme épaisseur, ni comme vascularisation.

On prend de même des faisceaux charnus des deux moitiés latérales du diaphragme et ici encore aucune lésion macroscopique ne se manifeste.

Examen histologique : Les deux nerfs sont mis pendant vingt-quatre

heures dans l'acide osmique à 1/100, puis dissociés et montés dans la glycérine éosinée. Sur le phrénique gauche, on voit que tous les tubes nerveux ont conservé leur gaîne de myéline, mais celle-ci ne forme plus un étui régulier; elle est segmentée en fragments arrondis, de volume très-inégal et contenus dans la gaîne de Schwann, qui ne présente aucune lésion appréciable. Les noyaux de cette gaîne ne sont du reste nullement en voie de prolifération; les cylindres axes sont intacts. Tout cela permet d'affirmer que le nerf n'est le siége d'aucune dégénérescence ancienne et que les lésions de la myéline sont d'ordre purement mécanique et cadavérique.

L'examen comparatif du phrénique droit fournit du reste des images tout à fait analogues.

Les faisceaux musculaires du *diaphragme* sont mis pendant vingt-quatre heures dans l'alcool au 1/3, puis dissociés dans le picrocarmin et montés dans la glycérine. Les faisceaux musculaires se montrent alors presque tous avec leurs caractères normaux de volume et de striation; ils ne contiennent pas de gouttelettes graisseuses et les noyaux du sarcolemme ne sont pas proliférés. Un très-petit nombre de fibres musculaires seulement se montrent altérées; elles ont perdu toute apparence de striation, semblent augmentées de volume et transformées en une matière homogène ou très-finement grenue, de coloration jaunâtre et d'aspect cireux; mais la lésion reste très-limitée et absolument incapable de rendre compte de la paralysie observée pendant la vie du malade.

Obs. XL (Andral. Clinique médicale, 2e vol., p. 460). — Pleurésie diaphragmatique droite chez un tuberculeux. Arachnitis suraiguë. Mort (Observation résumée).

Tailleur, âgé de 31 ans, tuberculeux depuis deux ans. Reçoit la pluie le 5 octobre 1821 ; douleur vive à l'appendice xyphoïde.

Le 7. Douleur violente le long du rebord cartilagineux des côtes droites avec irradiations dans l'hypochondre et dans le flanc. Vomissements.

Le 8. Anxiété, respiration costale, petite toux ; hoquet en pressant l'épigastre. Décubitus dorsal.

Le 9. Orthopnée. Rien à l'examen de la poitrine. Ictère le 6e jour. Les jours suivants, vomissements bilieux, lèvres agitées de mouvements convulsifs, hoquet, dyspnée excessive, altération des traits.

Le 19e jour délire ; le 20e coma et mort le 21e jour.

Autopsie. — Epanchement séro-purulent circonscrit entre base du poumon droit et diaphragme. Granulations miliaires des poumons. In-

jection du tissu cellulaire sous-arachnoïdien et sérosité ventriculaire.

Obs. XLI (Robin. Th. Paris, 1871). — Pleurésie diaphragmatique droite d'origine probablement tuberculeuse. Mort (Observation résumée).

L..., 50 ans, entré le 14 avril 1869, a ressenti cinq jours avant son entrée un point de côté à droite avec extrême oppression. A l'examen, angoisse profonde, dyspnée vive. Douleur violente à droite du thorax ; étouffements, vibrations thoraciques affaiblies ; matité, œgophonie à droite. Douleur à la pression des attaches diaphragmatiques et en refoulant les viscères abdominaux. Pression du phrénique droit au cou douloureuse, et un peu à gauche également. Vomissements. Aggravation des symptômes et mort le 29.

Autopsie. — Epanchement de sérosité rougeâtre circonscrit entre la base du poumon et le diaphragme. Adhérences limitant la poche, dont les parois sont tapissées d'une sorte de stroma réticulé rappelant la disposition de certaines vessies à colonnes. La séreuse, au niveau de la poche, présente de nombreuses granulations tuberculeuses. Noyaux jaunâtres, les uns crétacés, les autres réunis dans le lobe supérieur des deux poumons.

Obs. XLII (Andral. Clinique médicale, 2e vol., p. 465). — Pleurésie diaphragmatique gauche chez un tuberculeux. Perforation du diaphragme (Observation résumée).

Maçon, 37 ans, présentant signes de tuberculisation au 2e degré. Le 11 juin, vive douleur au niveau des dernières fausses côtes gauches. Respiration costale. Hémoptysie très-abondante. Dépérissement rapide à partir du 20 juin, avec extension de la douleur à l'hypochondre gauche et au flanc. Cavernes pulmonaires. Meurt le 18 juillet.

Autopsie. — Excavations tuberculeuses. A gauche, la base du poumon adhère solidement au diaphragme : après avoir détruit les adhérences membraneuses, on trouve un vaste foyer purulent à la fois dans la poitrine et l'abdomen. Là, le diaphragme présente une perforation d'un pouce et demi de diamètre environ, par laquelle le pus avait pénétré dans l'abdomen. Bords de la perforation lisses et mousses. Poche tapissée par une pseudo-membrane assez épaisse.

Obs. XLIII (Peter. Gazette des hôpitaux, 1875, p. 1065). — Pleurésie diaphragmatique gauche méconnue chez un tuberculeux. Symptômes attribués à une pneumonie caséeuse (Observation résumée).

Homme entré à l'hôpital avec tous les signes classiques de la tuberculisation pulmonaire

4 juin. Vive douleur dans la région précordiale après refroidissement. Dyspnée considérable ; quatre jours après, symptômes attribués à une pneumonie caséeuse (matité à gauche, souffle tubaire intense, bronchophonie).

Le 9. Gargouillement caverneux au tiers inférieur. Délire le soir, expectoration abondante, fièvre intense. Mort après quelques jours.

Autopsie. — Dans la plèvre gauche, 1 litre et demi de sérosité franchement inflammatoire avec flocons membraneux, enkystée entre la base du poumon et le diaphragme. Fausses membranes ayant fait adhérer complétement la base de cet organe en arrière à la rigole costo-diaphragmatique.

OBS. XLIV (Andral. Clinique médicale, 2e vol., p. 472). — Pleurésie diaphragmatique gauche chez un tuberculeux. Mort (Observation résumée).

Charron, 26 ans, entre à la Charité en décembre 1821, atteint de tubercules en voie de ramollissement.

11 février. Vive douleur le long du rebord cartilagineux des fausses côtes gauches et dans l'hypochondre du même côté.

Le 12. Anxiété extrême, face grippée avec mouvements convulsifs dans les muscles. Assis sur son lit, corps penché en avant. Pouls très-petit.

Le 15 et 16. Décubitus horizontal ; mais signes d'épanchement à gauche.

Autopsie. — Lésions tuberculeuses, cavernes. Epanchement dans plèvre gauche : fausses membranes blanches, molles, sans organisation, tapissent la plèvre diaphragmatique gauche, très-rouge au-dessous d'elles. De pareilles concrétions albumineuses s'étendent, sous forme de brides, de la plèvre pulmonaire vers la plèvre costale, mais seulement dans le voisinage du diaphragme.

OBS. XLV (Hildebrand. Journal für Kinderkrankheiten, 1854, 22e vol., p. 412). — Pleurésie diaphragmatique gauche chez une enfant de 10 ans. Collection purulente enkystée. Tubercules pulmonaires. Mort. (Le résumé de cette observation a été traduit de l'allemand par notre excellent ami, le Dr Gaston Decaisne).

Marie S..., âgée de 10 ans, meurt dans un état fébrile, deux jours après son admission à l'hôpital Bartholomaüs, de Londres. Le poumon droit est sain ainsi que la plèvre. A gauche, fausses membranes récentes ; à la partie inférieure du sac pleural adhérences nombreuses et paraissant être plus récentes ; au sommet, petite masse purulente entourée d'une capsule pseudo-membraneuse épaisse. Les productions

entre le poumon gauche et le diaphragme étaient extrêmement solides ; au sommet du poumon gauche on constatait l'existence de petites granulations miliaires.

Obs. XLVI (Cruveilhier. Bull. de Soc. anatomique, 1849, p. 35). — Pleurodynie. Pleurésie purulente diaphragmatique à droite. Péritonite sus-hépatique. Mort (Observation résumée).

Homme entré le 21 octobre 1848 à l'hôpital avec une pleurodynie siégeant à la partie inférieure droite du thorax ; pas de fièvre ; rien à l'examen. Quatre jours après épanchement assez abondant. Anorexie. L'épanchement devient purulent. Ouverture pratiquée dans 9e espace intercostal donnant passage à matière granuleuse; mort quelques jours après.

Autopsie. — Foyer purulent enkysté siégeant sur la plèvre diaphragmatique et péritonite sus-hépatique enkystée également, l'inflammation s'était étendue au muscle diaphragme.

Obs. XLVII (Andral. Clinique médicale, 2e vol. p. 468). — Pleurésie diaphragmatique gauche consécutive à une pleurésie costo-pulmonaire. Mort (Observation résumée).

Tailleur, 19 ans, malade depuis trois semaines, entre le 18 janvier à la Charité ; on constate un épanchement considérable dans la plèvre gauche. Etat satisfaisant le 2 février.

Le 3. Il est pris le matin d'une vive douleur ayant son siége principal dans l'hypochondre gauche et s'irradiant dans l'épigastre et le flanc gauche ; oppression considérable ; fièvre.

Le 4. Anxiété, pouls fréquent, petit ; les côtes droites seules agissent ; pression de l'hypochondre gauche douloureux. Orthopnée.

Les jours suivants, pas d'amélioration, sueurs, diarrhée, et mort le 14.

Autopsie. — Epanchement purulent dans plèvre gauche ; plèvres costale, pulmonaire et diaphragmatique à gauche sont recouvertes par des fausses membranes blanches, rugueuses à leur surface, épaisses sur le poumon, minces ailleurs. Poumon refoulé contre rachis. Cœur porté à droite par l'épanchement.

Obs. XLVIII (Mahé. Archives de médecine navale, 1871, 1er vol., p. 447). — Pleuro-pneumonie double ; prédominance de la pleurésie, surtout à droite où elle est diaphragmatique. Mort le 6e jour (Observation résumée).

L..., 39 ans, cuisinier, entre à l'hôpital le 26 mars 1869. Deux jours avant, refroidissement ; violent frisson, fièvre intense, toux et dyspnée.

A la visite, abattement, respiration très-fréquente, douloureuse, suspirieuse ; point très-douloureux sous le mamelon droit. Matité étendue à droite, moins à gauche, souffle et bronchophonie.

27 mai, matin. Hoquet opiniâtre et très-fatiguant ; crachats gommés, muqueux, un peu sanguinolents. Albumine.

Le 28, soir. Le hoquet a cessé ; mêmes signes à l'examen de la poirine Sa température a oscillé entre 38° et 39°,4 ; le pouls entre 108 et 120 ; la respiration entre 40 et 52. Il meurt le 29 mars, après avoir eu du délire suivi de coma.

Autopsie. — A droite, adhérences entre plèvres pulmonaire et diaphragmatique ; épanchement de 200 à 300 gr. de liquide épais ; néomembranes très-épaisses tapissant la surface du diaphragme du côté droit. Epaississement de la plèvre qui mesure plus de 3 centimètres aux bords antérieur et inférieur du poumon. Hépatisation du lobe inférieur droit, moins étendue à gauche.

Obs. XLIX (Mahé. Archives de médecine navale, 1871, 1er vol., p. 449). — Pleuro-pneumonie avec pleurésie diaphragmatique du côté gauche. Mort le 10e jour (Observation résumée).

P...., 40 ans, charpentier, entre à l'hôpital le 22 juin 1867. Refroidissement il y a cinq jours ; frisson, fièvre, douleur sous mamelon gauche.

Le 22. Fièvre, pouls à 92 ; inspirations 40 ; signes de pneumonie gauche.

Le 23. La douleur est plus vive à gauche et s'irradie vers le diaphragme.

Le 25. La douleur devient intolérable ; le malade condamne la région diaphragmatique à l'immobilité. Respiration costo-supérieure. Ceinture de douleurs le long et au niveau des attaches du diaphragme à gauche. Anxiété.

Le 26. Frottement pleural intense à gauche. Souffrances atroces ; enfin surviennent le délire, perte de connaissance et la mort le 27 juin.

Autopsie. — Adhérences néomembraneuses très-solides entre poumon gauche et plèvres pariétale et diaphragmatique. Hépatisation rouge du lobe inférieur gauche.

Obs. L (Morgagni. De sedibus et causis morborum, traduction Désormeaux, 1er vol., p. 416). — Pleuro-pneumonie chez un tuberculeux. Paraphrénésie Mort (Observation résumée).

Cardeur de chanvre, sujet à des inflammations de poitrine, est pris d'un froid fébrile et d'une douleur pongitive vers la mamelle gauche.

Vomissements. Le 5e jour, phrénésie gaie, sérieuse, de temps en temps furieuse. Mouvements convulsifs. Mort à la fin du 7e jour.

Autopsie. — Poumon droit contient dans son sommet un pus blanc enfermé dans un tubercule. Inflammation du lobe inférieur. Il est uni de toutes parts vers les côtes et du côté du diaphragme par des membranes intermédiaires. Le diaphragme, dans son centre tendineux, à gauche, avait ses vaisseaux, même les plus petits, tellement distendus qu'il n'y avait pas de doute qu'il n'eût été enflammé à ce endroit.

Obs. LI (Andral. Clinique médicale, 2e vol., p. 219). — Pneumonie gauche et pleurésie diaphragmatique. Mort (Observation résumée).

Homme de 30 ans, entre à la Charité en septembre 1819. Deux jours avant, douleur vive au-dessous du sein gauche ; fièvre, dyspnée, léger délire.

Le 3e jour, décubitus dorsal, inspirations courtes ; signes d'épanchement pleurétique à gauche.

Le 5e jour, anxiété extrême ; cris ; siége de la douleur à la région diaphragmatique. Expectoration nulle. Mort le 6e jour.

Autopsie. — Base du poumon gauche unie au diaphragme par une couche albumineuse molle, non encore organisée. Pneumonie à droite.

Obs. LII (Lebidois. Archives de médecine, 1823, novembre, p. 511). — Dégénérescence fibreuse du péricarde ; péricardite ; pleurésie diaphragmatique droite. Mort (Observation résumée).

D..., 22 ans, malade depuis juillet 1821, entre à l'hôpital le 25 septembre. Visage pâle, toux vive, respiration courte ; assis, le corps penché en avant ; matité thoracique ; pas de douleurs ; battements du cœur imperceptibles ; anxiété. Epistaxis au commencement de novembre. Mort le 13 novembre.

Autopsie. — Dégénérescence fibreuse du péricarde ; lésions de péricardite ; congestion pulmonaire. A droite, adhérences albumineuses récentes allant du poumon au diaphragme ; granulations rouges, irrégulières, sur la plèvre diaphragmatique qui est aussi parsemée de capillaires sanguins très-développés.

Obs. LIII (Laporte. Th. Paris, 1869). — Pleurésie costo-diaphragmatique avec emphysème. Néphrite albumineuse. Erysipèle généralisé. Mort (Observation résumée).

V..., 20 ans, accouchée depuis huit mois ; malade longtemps après accouchement (signes de néphrite).

4 janvier. Respiration fréquente; bouton diaphragmatique sensible; douleurs sur phrénique au point sterno-mastoïdien. Albumine.

Le 8. Type costo supérieur; signes d'épanchement à droite.

Le 13. Délire; aggravation les jours suivants.

Erysipèle généralisé à la fin de janvier, et mort le 11 février.

Autopsie. — Liquide purulent, verdâtre, dans plèvre droite; plèvres costale, pulmonaire et diaphragmatique de ce côté sont recouvertes par de fausses membranes, rugueuses à leur surface, épaisses sur le poumon et minces ailleurs.

Obs. LIV (Stone. Medical Times, 1857, 2e semestre). — Rétrécissement de l'œsophage. Troubles digestifs. Pleurésie diaphragmatique purulente à droite. Mort (Observation résumée).

E..., 40 ans, est examinée le 18 juillet 1857. Sans antécédent héréditaire, elle est malade depuis huit mois; elle a commencé à souffrir de la gorge, avec douleur et sensibilité au niveau du larynx. Dysphagie pendant cinq mois. Tousse depuis quelques semaines. Amaigrissement, toux, difficulté d'avaler. On la traite pour une simple constriction de l'œsophage.

Le 11 août, elle est subitement saisie de symptômes d'un caractère nouveau: douleur intense rapportée aux régions épigastrique et ombilicale. Assise sur son lit, penchée en avant et incapable de se coucher sur le dos. Respiration courte, incomplète, irrégulière. Pouls à 120. Rien dans la poitrine.

Le 12. Dyspnée.

Le 20. Diarrhée, anxiété. Foie abaissé dans l'abdomen. Meurt le 3 septembre.

Autopsie. — Rétrécissement de l'œsophage; épanchement purulent dans la plèvre droite ayant repoussé le diaphragme; refoulement du poumon droit et compression.

Obs. LV (Graves. Clinique médicale, trad. par Jaccoud, 2e vol.). — Pleurésie diaphragmatique droite survenue pendant la convalescence d'une attaque de rhumatisme chez une enfant de 8 ans. Mort rapide (Observation résumée).

Fille de 8 ans, convalescente de rhumatisme léger; effrayée en se voyant menacée par une malade en délire. Le soir, dyspnée épouvantable. Respiration à 76; pouls à 120, petit et faible. Contraction convulsive de tous les muscles respirateurs. Dilatation des ailes du nez; face pale et gonflée. Lèvres bleues. Toux déchirante et sèche. Anxiété profonde. *Pas de douleur locale.* Matité à la base du poumon droit. Le soir, elle est couchée sur le côté droit, mais change de position à chaque

minute. Respiration à 80 ; pouls imperceptible. Pas de douleur à la pression qui, au contraire, soulage. Frottement, œgophonie à la base droite. Mort le même jour.

Autopsie. — Epanchement d'environ 2 litres dans la plèvre droite; couche épaisse de lymphe plastique récemment exsudée. Dépôt plastique sur la face supérieure du diaphragme adhérente à la face inférieure du poumon.

Carnification du lobe inférieur du poumon. Lymphe plastique à la surface diaphragmatique gauche,

Obs. LVI (Morand. Gazette des hôpitaux, 1864, p. 406). — Pleurésie diaphragmatique droite. Pneumonie gauche. Cirrhose. Mort (Observation résumée).

H..., 32 ans, entre au commencement de décembre. avec une pneumonie lobulaire gauche; il sort le 15, guéri de sa pneumonie.

Le 19. Il revient avec des signes de pleurésie diaphragmatique à droite. Orthopnée, cyanose, nausées, douleur caractéristique à la base de la poitrine et au refoulement des viscères abdominaux. Respiration costo-supérieure; anxiété ; orthopnée; figure contractée par le rire sardonique porte un cachet de profonde terreur. Mort le 27 décembre.

Autopsie. — Sérosité sanguinolente dans la plèvre droite; à droite et à gauche adhérences du poumon au diaphragme. Foie adhérent au diaphragme. Cirrhose.

Le diaphragme aurait, d'après Morand, servi d'intermédiaire pour propager l'inflammation à la plèvre qui recouvre sa face supérieure.

Obs. LVII (Cuffer. Bulletins de la Société anatomique, 1874, p. 197). — Rétrécissement fibreux du rectum. Mort par péritonite et pleurésie purulente droite. Lymphangite purulente diaphragmatique (Observation résumée).

Homme, 57 ans, entré dans le service de M. Gosselin pour un rétrécissement fibreux du rectum. Débridement en trois points; quatre jours après, fièvre ; point de côté violent à droite du thorax; frissons très-intenses. Douleurs abdominales, péritonite; frottements pleuraux; épanchement le lendemain ; les jours suivants dyspnée, frissons, et mort le 8e jour.

Autopsie. — Rétrécissement du rectum ; ulcérations au-dessus; péritonite; pus dans le petit bassin ; péritoine sous-diaphragmatique enflammé, recouvert de fausses membranes disposées sous forme de traînées et réseaux rappelant la disposition des vaisseaux lymphatiques de cette région, c'est-à-dire suivant la direction des branches de l'artère diaphragmatique inférieure. La plèvre diaphragmatique est également

recouverte de fausses membranes, mais elles sont de date plus ancienne et ne sont pas disposées comme les précédentes; elles sont très-épaisses.

L'examen histologique du diaphragme fait par M. Coyne permet de constater que les vaisseaux lymphatiques qui établissent une communication entre la plèvre et le péritoine sont enflammés; leurs parois sont épaissies; ils sont remplis par de caillots fibreux purulents qui sont bien l'indice d'une lymphangite purulente diaphragmatique, ce qui permet d'expliquer la propagation du péritoine à la plèvre. La plèvre droite, dans le reste de son étendue est tapissée de fausses membranes; elle est en outre remplie par un épanchement de sérosité louche; de plus on constate entre le lobe inférieur du poumon un épanchement pleurétique purulent enkysté par de fausses membranes assez récentes; il y a également un foyer purulent enkysté au niveau de la plèvre médiastine antérieure.

Poumon droit très-congestionné, sans abcès.

Obs. LVIII (Peter. Union médicale, 1856, p. 562). — Epididymite blennorrhagique suivie d'inflammation de la vésicule séminale, de péritonite et de pleurésie diaphragmatique double, prédominante à gauche. Mort (Observation résumée).

L..., 16 ans, entré le 4 juin 1876 avec une blennorrhagie datant de quinze jours et une épididymite datant de cinq jours.

Le 13. L'écoulement a cessé; l'épididymite se résout.

Le 15. Vomissements bilieux et continuels.

Le 17. Douleurs abdominales très-vives; décubitus dorsal; face grippée; dyspnée; 35 resp., 105 puls.

Selles liquides, fréquentes, involontaires.

Le 16. Délire léger le matin; pas de ballonnement. Le côté gauche du thorax est devenu douloureux; faiblesse du murmure respiratoire; 40 insp.

On soupçonne une pleurésie diaphragmatique.

Le 20. Délire, face grippée. Mort le 20 au soir.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Lésions inflammatoires des voies spermatiques gauches. Pleurésie diaphragmatique double surtout marquée à gauche. Fausses membranes très-vasculaires qui relient les poumons à la plèvre et sont surtout épaisses à gauche au point où, à la face péritonéale correspondante du diaphragme, se voient des fausses membranes également épaisses et vasculaires.

Epanchement très-peu considérable de sérosité gélatineuse.

Obs. LIX (Pitres. Bull. de la Soc. anat., 1875). — Pleurésie diaphragmatique consécutive à une péritonite (Observation résumée).

Femme morte de péritonite puerpérale ; les frissons ont suivi de près l'accouchement. A l'autopsie, péritonite purulente généralisée, très-évidente sur la face péritonéale du diaphragme. Du côté de la plèvre on voit sur une certaine étendue de ce muscle une rougeur avec quelques fausses membranes. Ces lésions sont limitées exactement au centre phrénique, dont elles ne dépassent le contour en aucun point.

Obs. LX (Peter. Journal de méd. et chir. pratiques, 1874, p. 299). — Accouchement prématuré. Pleurésie diaphragmatique double. Ponction. Mort (Observation résumée).

Femme accouchée prématurément à 7 mois. Quarante-huit heures après, douleur thoracique très-forte, dyspnée intense. Pas de douleur au cou. Submatité et absence de murmure vésiculaire à la base du poumon droit. L'épanchement se forme deux jours plus tard. A gauche, épanchement peu abondant. Signe important de pleurésie diaphragmatique ou énorme dilatation de l'estomac. Ponction de l'épanchement à droite. Pas de résultat. Mort quelques jours après.

Obs. LXI (Lancereaux. Revue médicale française et étrangère, 1879, p. 474). — Lymphangite utérine puerpérale propagée au péritoine, à la plèvre et au péricarde (Observation résumée).

L..., 30 ans, entre le 11 février 1878.

Accouchement le 6 févier soir.

Frisson intense le 8.

Le 14. Anxiété, étouffements, craquements à la base gauche ; subdélirium ; mort le 16 février.

Autopsie. — Lésions de la lymphangite utérine ; péritonite généralisée ; au niveau de la portion gauche du diaphragme, l'injection est manifeste et les dépôts jaunâtres et purulents abondent. Le diaphragme, en ce point, est ecchymosé, friable et altéré, même à sa surface convexe. La plèvre gauche est le siége d'un épanchement formé d'un liquide séro-purulent dans lequel nagent de gros flocons jaunâtres. Epanchement purulent dans le péricarde ; nerf phrénique gauche manifestement injecté, la portion gauche du péricarde étant plus altérée que la droite.

Obs. LXII (Foix. Th. Paris, 1874). — Péritonite circonscrite à la partie supérieure de l'abdomen. Pleurésie diaphragmatique double. Mort (Observation résumée).

S..., âgée de 25 ans, entre le 18 juillet 1874 à Beaujon ; douleur abdominale vive depuis trois semaines. Constipation, oppression. A son entrée, douleur à l'épaule gauche, dans l'hypochondre gauche et au creux épigastrique. Fièvre vive. Léger ballonnement du ventre. Paraplégie venue graduellement.

21 juillet. Oppression.

Le 22. Délire.

Le 24. Mort.

Autopsie. — Fausses membranes et adhérences au niveau du foie et de la rate. Léger épanchement dans la plèvre droite avec un peu de pleurésie diaphragmatique récente. Epanchement plus abondant dans la plèvre gauche ; pleurésie aiguë avec exsudat fibrineux sur la plèvre diaphragmatique ; base du poumon adhérente par sa partie centrale à la convexité du diaphragme. Ces adhérences ont lieu sur l'étendue d'une pièce de 5 francs ; elles sont vascularisées, friables et infiltrées de sang extravasé. A ce niveau, le tissu pulmonaire est enflammé. Cette partie est séparée de la poche périsplénique par le diaphragme qui paraît sain.

TABLE DES MATIÈRES

Paris. — A. Parent, imp. de la Faculté de Médecine, r M.-le-Prince, 29-31.